

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



O SENTIR E O AGIR DO PSICOTERAPEUTA:  
IMPACTOS DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA ATITUDE  
TERAPÊUTICA

Patrícia Sofia Borralho da Silva Saramago

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



O SENTIR E O AGIR DO PSICOTERAPEUTA:  
IMPACTOS DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA ATITUDE  
TERAPÊUTICA

Patrícia Sofia Borralho da Silva Saramago

Dissertação Orientada pelo Professor Doutor António José dos Santos

Branco Vasco

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Mudança e Desenvolvimento em Psicoterapia

Tese apoiada pela



2008

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Branco Vasco por ser parte integrante do meu crescimento pessoal e profissional, por me ter ensinado e incentivado a fazer investigação em psicoterapia.

Ao João Faria e à Helga Pedro, por terem sido a estrutura, a força e o ânimo em todo este processo.

Aos colegas do grupo de investigação pela riqueza do seu contributo e trabalho conjunto.

Ao Rui Carvalho por toda a disponibilidade e preciosa ajuda.

A todos os participantes neste estudo.

Aos meus pais, por compreenderem esta minha indisponibilidade, colaborarem sempre com uma palavra de ânimo e por nunca terem deixado de acreditar.

À minha irmã, por mesmo longe, saber estar tão perto.

Ao Gu, por apoiar e incentivar todas as minhas iniciativas.

A todos os amigos que se preocuparam e me deram ânimo e força.

A todos os amigos que acreditaram, mesmo quando eu duvidei.

"Segundo uma antiga lenda Inca, passada de geração em geração, todas as doenças físicas ou mentais se devem a uma alma impura. O espírito do curandeiro, os seus poderes de sugestão e magia branca são capazes de purificar a alma doente e de restabelecer o controlo interior. Esta purificação faz-se sempre com grandes riscos - a energia destrutiva que se desprende do paciente também contamina o espírito do curandeiro".

Citado por  
Jeffrey Kottler,  
*On Being a Therapist*

## RESUMO

As variáveis do psicoterapeuta e o seu impacto na terapia constituem uma crescente área de interesse para a investigação em psicoterapia. O presente estudo procura averiguar a importância da capacidade de regulação emocional do terapeuta no seu estilo ou modo real de funcionamento, nas suas percepções de dificuldades na prática clínica e no impacto na aliança terapêutica.

Neste estudo participaram trinta e nove terapeutas e trinta e um pacientes, a quem foram aplicados os instrumentos EDRS - Difficulties in Emotion Regulation Scale, DPCCQ - Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (Orlinsky & Ronnestad, 1999) e Working Alliance Inventory - Short Form (WAI-S), para os terapeutas, e a escala WAI-S para os pacientes.

Os resultados revelaram que a regulação emocional tem um impacto significativo no estilo ou modo real do terapeuta e na sua percepção das dificuldades sentidas na prática clínica. Não houve relação entre o impacto da regulação emocional do terapeuta e a aliança terapêutica.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para que mais investigação possa ser realizada nesta área e para que na formação de terapeutas, se possam vir a contemplar domínios de desenvolvimento das variáveis do terapeuta que sabemos importantes no processo psicoterapêutico, a que a regulação emocional parece pertencer.

*Palavras-chave:* Psicoterapeutas; Regulação Emocional; Estilo ou Modo Real; Dificuldades em Terapia; Aliança Terapêutica

## **ABSTRACT**

Psychotherapist's variables and their impact on psychotherapy research is an increasing area of interest for psychotherapy research. The current study aims at evaluating the impact of therapist's capacity to regulate emotions on his style or work practice patterns, on his perceptions of difficulties in practice and on the therapeutic alliance.

The sample was composed by thirty nine therapists and thirty one patients. The following instruments were used: EDRS - Difficulties in Emotion Regulation Scale, DPCCQ - Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (Orlinsky & Ronnestad, 1999) and the Working Alliance Inventory - Short Form (WAI-S) for the therapists, and the WAI-S scale for the patients.

Results showed that emotion regulation had a significant impact on the work practice patterns of the therapist, as well as on his perception of difficulties in practice. There was no relationship between the therapist's emotion regulation capacity and the quality of therapeutic alliance.

It is believed that this study can contribute to boost further research on the topic of therapists' emotion regulation and contribute to stress the importance of this subject for training in psychotherapy

*Key Words:* Psychotherapists; Emotion Regulation; Work Practice Patterns; Difficulties in Practice; Therapeutic Alliance

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
CITAÇÃO.....	iv
RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
Índice .....	vii
Índice de Tabelas .....	x
Introdução .....	1
I PARTE – CONTEXTO DA PSICOTERAPIA .....	3
1. Contexto da psicoterapia .....	3
1.1. A Psicoterapia enquanto conceito .....	3
1.2. A eficácia da Psicoterapia .....	4
1.3. Factores responsáveis pela eficácia em Psicoterapia.....	5
1.3.1. Modelos teóricos específicos .....	5
1.3.2. Factores específicos versus factores comuns: o surgimento da Psicoterapia Integrativa .....	7
1.3.2.1. Factores Específicos.....	8
1.3.2.2. Factores Comuns .....	11
1.3.3. Investigação relativa à interacção dos factores específicos com os factores comuns .....	15
1.3.3.1 Competências clínicas do terapeuta .....	17
1.3.3.2 Princípios de mudança terapêutica.....	18
2. Variáveis do Terapeuta.....	22
2.2. Influência da pessoa do terapeuta nos resultados da terapia .....	24
2.3. Características mais relevantes da pessoa do Terapeuta para o estabelecimento da aliança terapêutica .....	26
2.4. As características do terapeuta na potenciação da eficácia das técnicas terapêuticas.....	27
2.5. Características da pessoa do terapeuta mais valorizadas pelos pacientes.....	28
3. Aliança Terapêutica .....	30
3.1. Definição da Aliança Terapêutica .....	30
3.2. A Aliança terapêutica enquanto factor comum .....	31
3.3. A Aliança Terapêutica e os ganhos do processo terapêutico.....	32
3.4. Diferenças quanto à perspectiva do terapeuta e do paciente em relação à aliança terapêutica .....	34

3.5. Valorização do paciente da relação estabelecida pelo terapeuta .....	35
4. Diferenciação Emocional e Regulação Emocional .....	38
4.1. Definição de Emoção .....	39
4.2. Emoções primárias, emoções secundárias e emoções instrumentais .....	40
4.2.1. Emoções primárias .....	40
4.2.2. Emoções Secundárias .....	41
4.2.3. Emoções Instrumentais .....	41
4.3. O processo emocional .....	42
4.3.1. Diferenciação Emocional .....	43
4.3.2. Regulação emocional.....	45
4.4. Formas de regulação emocional .....	46
5. Definição de Estilo ou Modo Real .....	48
5.1. Agência Relacional.....	48
5.2. Modo Relacional.....	50
5.2.1. Estudos Empíricos.....	51
5.2.2. Dimensões de modo relacional .....	51
5.2.3. Relação das Características do Terapeuta com a variável Modo Relacional .....	52
6. Definição de Dificuldades Percebidas .....	54
6.1. Dimensões Dificuldades do Terapeuta.....	54
II Parte – Estudo Empírico .....	56
1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO .....	56
1.1. Questão de Investigação .....	56
1.2. Objectivos e Hipóteses de Investigação .....	57
2. Contextualização .....	62
3. Participantes.....	62
3.1. Condições de Elegibilidade .....	62
3.2. Período de Recolha de Dados.....	63
3.3. Dimensão da amostra .....	63
3.4. Caracterização da Amostra.....	64
3.4.1. Terapeutas.....	64
3.4.2. Pacientes .....	64
4. Medidas: instrumentos utilizados no estudo .....	66
4.1. EDRS - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.....	66
4.1.1. Constituição.....	66



4.1.2. Qualidades Psicométricas.....	67
4.2.2. Origem e desenvolvimento do DPCCQ.....	69
4.2.2.1. Versão Portuguesa do DPCCQ.....	69
4.2.2.2. Subescalas utilizadas no presente estudo.....	69
4.3. WAI-S - Working Alliance Inventory – Short Form .....	71
4.3.1. Escala Original WAI.....	71
4.3.2. Versão Reduzida – WAI-S .....	72
4.3.2.1. Constituição.....	72
4.3.2.2. Validade.....	72
4.3.2.3. O WAI-S enquanto instrumento de avaliação da aliança Terapêutica.....	73
4. Procedimento .....	75
4.1. Material .....	75
4.2. Tarefas propostas aos participantes .....	76
4.3. Garantias subjacentes à participação.....	78
4.4. Codificação dos cadernos recolhidos .....	78
III. Resultados .....	79
1. Características Psicométricas das Escalas .....	79
2. Medidas de Dispersão e de Tendência Central das Escalas .....	84
3. Resultados da influência da “Regulação Emocional” no “Estilo ou Modo Real” do Terapeuta .....	87
3.1. Resultados da influência da “Regulação Emocional” no “Modo Relacional” do “Estilo ou Modo Real” do Terapeuta .....	87
3.1.1. Resultados da influência da “Regulação Emocional” na sub-dimensão afirmativa do “Modo Relacional” do Terapeuta.....	88
3.2. Resultados da influência da “Regulação Emocional” no “Estilo ou Modo Real” – Agência Relacional.....	88
3.3. Resultados da influência da “Regulação Emocional” nas “Dificuldades” do Terapeuta na sua prática clínica .....	89
3.3.1. Resultados da influência da “Regulação Emocional” nas “Dificuldades” do Terapeuta na sua prática clínica – dimensão Dúvidas de Desempenho Profissional .....	90
3.4. Resultados da influência da “Regulação Emocional” na “Aliança” Terapêutica .....	91
Discussão e Conclusões .....	92
Referências .....	103
Anexos	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1. Caracterização dos Participantes .....	65
Tabela 2.2. Resultados da consistência interna da Escala EDRS.....	79
Tabela 2.3. Resultados da consistência interna das Escalas e Sub-escalas de Estilo ou Modo Real da DPCCQ.....	80
Tabela 2.3.1. Comparação de índices de consistência interna.....	82
Tabela 2.4. Resultados da consistência interna das Escalas e Sub-escalas de Dificuldades do DPCCQ.....	83
Tabela 2.5. Resultados da consistência interna do WAI-S.....	83
Tabela 3.1. Médias e desvio padrão da Escala EDRS.....	84
Tabela 3.2. Médias e desvio padrão das Escalas e Sub-escalas DPCCQ Modo Real .....	85
Tabela 3.3. Médias e desvio padrão das Escalas EDRS, Escala e Sub-escalas DPCCQ Dificuldades.....	85
Tabela 3.4. Médias e desvio padrão da Escala WAI-S.....	86
Tabela 3.5. Síntese das variáveis dependentes para as quais a “Regulação Emocional” é preditora.....	90

## INTRODUÇÃO

Sabe-se hoje que as variáveis do terapeuta têm forte impacto nos resultados da terapia. No que respeita ao presente estudo, o interesse centra-se sobretudo no funcionamento emocional deste importante promotor de mudança.

Com efeito, e surpreendentemente, o funcionamento emocional do psicoterapeuta parece estar pouco estudado, instigando a curiosidade em averiguar como se expressa em termos de estilos de funcionamento emocional.

Segundo Orlinky & Ronnestad (2005), o estilo ou modo real de funcionamento do terapeuta emerge da sua vivência profissional como consequência da conjugação de três factores: (a) a experiência da *agência relacional* como fonte e catalisador da mudança terapêutica, (b) a experiência da vivência do seu *estilo ou modo relacional* de funcionamento nos laços que estabelecem com os seus pacientes, e (c) a experiência da capacidade pessoal de resposta afectiva enquanto interagem com os pacientes.

A este respeito, parece pertinente perceber como esta capacidade de gestão emocional, nomeadamente a capacidade de regulação emocional, poderá ter impacto não só ao nível da sua agência relacional, do laço e da sua resposta afectiva para com os pacientes (estilo ou modo real do terapeuta), como nas dificuldades sentidas pelo

psicoterapeuta em terapia. Espera-se que boas capacidades de regulação emocional possam ter uma influência positiva no estilo ou modo real do terapeuta e permitam diminuir as dificuldades sentidas por este em terapia.

Por outro lado, a dimensão laço não aparece apenas relacionada com o estilo ou modo real, mas também é utilizada por Bordin (1979), na definição de aliança terapêutica. Bordin (1979) define a aliança terapêutica como o laço emocional experienciado por terapeuta e paciente assim como pela concordância entre ambos relativamente aos objectivos da terapia e às tarefas desenvolvidas para os atingir. Desta forma, parece interessante averiguar também o impacto que a capacidade de regulação emocional do terapeuta pode ter ao nível desta dimensão.

Com efeito, sabemos que a aliança é um bom preditor dos resultados da intervenção terapêutica, pelo que podemos avaliar através da aliança o impacto que a capacidade de regulação emocional do terapeuta pode ter nos resultados da terapia.

## **I PARTE - CONTEXTO DA PSICOTERAPIA**

### **1. CONTEXTO DA PSICOTERAPIA**

Actualmente entende-se a psicoterapia com indivíduos sintomáticos como o processo de mudança que promove o alívio de sintomas, impulsiona mudanças na personalidade e previne futuros episódios sintomáticos.

Nos indivíduos com maior funcionalidade, melhora a sua qualidade de vida, promovendo o funcionamento adaptativo no trabalho e nas relações interpessoais, a capacidade de fazer escolhas de vida satisfatórias e saudáveis, bem como a concretização de outros objectivos acordados entre o cliente/paciente e o terapeuta (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

#### **1.1. A Psicoterapia enquanto conceito**

Se nos detivermos na etiologia da palavra "Psicoterapia", esta resulta da conjugação das palavras gregas, *psyché* (alma; espírito; vida) e *therapeía* (cuidado; cuidado religioso; cuidado médico; tratamento), de onde emerge a ideia de "cura pela mente".

Neste trabalho adoptou-se a concepção de psicoterapia de Frank e Frank (1991) e de Strupp (1978) enquanto:

processo relacional interpessoal e sistemático  
que implica uma série de contactos mais ou

menos estruturados, destinados a proporcionar aos sofredores, alívio, crescimento e modificação de sentimentos, cognições e comportamentos, mediante o recurso a um racional de compreensão e explicação da queixa/problema, que se materializa em técnicas terapêuticas, principalmente palavras, actos e rituais, veiculados por terapeutas/curandeiros treinados, cujas capacidades são reconhecidas e aceites pelo paciente e respectivo grupo social de pertença [p.2].

A referida concepção parece suficientemente geral para abarcar todas as formas de psicoterapia, bem como todos os métodos de cura mágico-religiosa.

### **1.2. A eficácia da Psicoterapia**

Em 1952, Eysenck protagonizou um dos momentos cruciais da história da psicoterapia, com a publicação do artigo "The effects of psychotherapy evaluation". Nas suas considerações, tocou um ponto nevrálgico ao constatar a ausência de indicadores relativos à eficácia dos processos psicoterapêuticos, por um lado devido à ausência de objectividade nas teorias que estavam na génese das terapias, por outro à insuficiente investigação nesta área.

A constatação de Eysenck acerca da falta de evidências da eficácia da psicoterapia teve um impacto fortíssimo na investigação, que a partir de então cresceu a um ritmo exponencial, criando-se inclusivamente regras para estabelecer as primeiras meta-análises.

As conclusões retiradas de meta-análises de centenas de estudos, têm permitido concluir que a psicoterapia é benéfica e eficaz, apresentando resultados superiores às listas de espera, a situações de não-tratamento e a grupos de controlo placebo (Lambert & Ogles, 2004; Lambert, Bergin, & Garfield, 2004; Wampold, 2001).

Uma conclusão em particular, de Lambert & Ogles (2004), muito citada, dá ainda conta de que os pacientes de psicoterapia, em termos médios, encontram-se significativamente melhor no fim das intervenções do que 80% de pessoas com o mesmo tipo de problemática não sujeitas a psicoterapia.

Estes dados são hoje consensualmente aceites na comunidade científica.

### **1.3. Factores responsáveis pela eficácia em Psicoterapia**

#### **1.3.1. Modelos teóricos específicos**

Assumindo a eficácia da psicoterapia, e com a proliferação de diferentes modelos teóricos, a investigação centrou-se na seguinte questão: Sendo a

psicoterapia eficaz, qual dos modelos de intervenção é o mais eficaz?

Para tentar obter respostas, Eysenck (1959) propôs, como alternativa às terapias existentes, a terapia comportamental, alicerçada nas estratégias de intervenção do treino e da extinção, no seio da qual o psicólogo apenas planeava e executava um programa comportamental, não sendo para isso relevante o papel (transformador) da relação interpessoal entre o paciente e o terapeuta.

Posteriormente a Divisão 12 da APA, (a Divisão de Psicologia Clínica da American Psychological Association, actualmente designada por *Standing Committee on Science and Practice*) concebeu um conjunto de normas e procedimentos tipo para intervenções psicoterapêuticas eficazes para perturbações psicológicas específicas, publicadas em manuais de intervenções psicológicas, com base em dados empíricos (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998; Chambless & Hollon, 1998). Não obstante, três factores fundamentais parecem estar excluídos do processo de intervenção: a relação terapêutica, as particularidades das pessoas que extravasam os critérios de diagnóstico do DSM, e as características do terapeuta (Norcross, 2002).

Entretanto, a partir da década de 70, verificou-se um grande desenvolvimento na área da estatística,



propiciador à avaliação da eficácia das técnicas psicoterapêuticas.

Desta análise estatística, pôde concluir-se que os resultados alcançados pelas diferentes psicoterapias, de diferentes correntes teóricas, eram equiparáveis, não sendo relevantes as diferenças de resultados obtidos pelas diversas escolas psicoterapêuticas (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001; Lambert, 1989).

Estes dados apontam para que a técnica não seja o único factor relevante para a eficácia em psicoterapia.

### **1.3.2. Factores específicos versus factores comuns: o surgimento da Psicoterapia Integrativa**

Por conseguinte, emerge a necessidade de pesquisar e discutir que outros factores, subjacentes a todas as formas de psicoterapia, intervêm no processo terapêutico.

Neste contexto, descrito até agora, de proliferação de diferentes modelos psicoterapêuticos e da necessidade de novos estudos, tornou-se necessário criar uma estrutura mais funcional, que fosse capaz de organizá-los.

Por conseguinte, nos Estados Unidos da América, em 1983, gerou-se o movimento oficial de integração em psicoterapia, através da criação da SEPI - Sociedade para a Exploração da Integração em Psicoterapia

(Lampropoulos, 2000), através da qual foram estabelecidas duas directrizes de integração em psicoterapia: (1) "eclectismo técnico" ou "factores específicos" e (2) "factores comuns".

#### **1.3.2.1. Factores Específicos**

O estudo dos "factores específicos" tem um carácter mais empírico e diz respeito à combinação selectiva e intencional pelo terapeuta das técnicas mais eficazes (em cada uma das intervenções psicoterapêuticas, independentemente das suas origens teóricas) de forma a alcançar o melhor resultado terapêutico, específico para um determinado paciente (Chambless & Ollendick, 2001).

Neste contexto surgem um conjunto de intervenções psicoterapêuticas empiricamente validadas (Chambless & Ollendick, 2001), em relação ao qual é difícil encontrar um consenso relativamente às estratégias de investigação e aos critérios que podem suportar empiricamente a identificação de tais factores específicos em psicoterapia (Western, Thompson-Brenner, & Novotny, 2004; Wampold, 2001; Bohart, 2005).

Não obstante, o referido movimento parece encontrar evidências da superioridade de algumas intervenções psicoterapêuticas específicas para problemas concretos (Nathan & Gorman, 2002). As meta-análises mais antigas tendiam a mostrar uma pequena, mas consistente

superioridade para as metodologias cognitivas e comportamentais relativamente às terapias verbais e relacionais, particularmente nas perturbações ansiosas e a curto prazo. Contudo, nas meta-análises mais recentes e rigorosas, estas diferenças tendem a esbater-se (Wampold, 2001).

Apesar de nenhuma técnica ser eficaz por si só, em todas as condições, algumas técnicas são eficazes para certas condições (Goldfried, 1991; Greenberg, 1991; Orlinsky, 1989). Cerca de 15% da variância pode ser atribuída às técnicas específicas de cada orientação particular (associação livre, dessensibilização sistemática, duas cadeiras, etc. (Lambert, 1989; Lambert & Barley, 2002).

Já Vasco (2005), sublinha que este valor global, relativo à importância das técnicas terapêuticas, será maior considerando características e situações específicas, de que são exemplo as intervenções cognitivo-comportamentais, nas perturbações como: (a) fobia simples; (b) agorafobia e pânico simples; (c) obsessão-compulsão simples; e (d) disfunções sexuais simples (Lambert & Barley, 2002), nas quais as intervenções comportamentais e cognitivas parecem ser mais eficazes (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky, 1986; Wampold, 2001; Frank, 1979; Lambert, 1989), nenhuma forma de terapia se mostrou, até ao momento, significativa e

consistentemente superior a qualquer outra, sobretudo a longo prazo (Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky & Howard, 1986; Wampold, 2001; Frank, 1979; Lambert, 1989).

Deste modo, parece prevalecer o "Veredicto do Pássaro DoDo" - "*Todos ganharam, todos merecem prémio*" - referido pela primeira vez por Saul Rosenzweig, em 1936 e mais recentemente por Luborsky e colegas em 1975.

No que respeita a críticas realizadas às investigações no domínio dos factores específicos, um dos aspectos mais sublinhados prende-se com o facto de que ao privilegiar o critério do diagnóstico, auscultando resultados de intervenções terapêuticas específicas em perturbações específicas, se poder estar a estreitar o ângulo de visão sobre o processo psicoterapêutico, excluindo à partida outros critérios, que poderiam ser tão ou mais relevantes para o sucesso da terapia do que o diagnóstico.

Outro dos aspectos bastante salientado pela crítica é o de que na comparação de tipos de intervenção psicoterapêutica diferentes, os factores específicos e comuns se encontram dissolvidos uns nos outros, o que leva a que seja muito difícil concluir, caso existam benefícios de uma determinada terapia em relação a outra, se ficam a dever-se à acção dos factores específicos ou dos factores comuns (Craighead, Sheets, Bjornsson & Arnarson, 2005).

#### **1.3.2.2. Factores Comuns**

A análise dos "factores comuns" centra-se na identificação dos ingredientes comuns a todas as psicoterapias (Grencavage & Norcross, 1990).

A investigação nesta área tem associado os factores comuns a qualidades inerentes a uma relação interpessoal construtiva, como a validação, a auto-revelação e a aceitação.

Neste sentido, a identificação da natureza dos factores comuns ficou conhecida, no cerne da comunidade científica que se ocupava das questões empíricas referentes à eficácia da terapia, como a "viragem relacional" (Norcross, 2002).

Com efeito, parece residir nestes factores comuns a explicação para que as diferentes abordagens teóricas sejam igualmente eficazes (Rosenzweig, 1936; Luborsky e tal., 2002; Hubbles, Duncan & Miller, 1999).

Neste sentido, alguns autores (Rosenzweig, 1936; Luborsky e tal., 2002) têm de facto confirmado que os resultados da terapia se devem muito pouco a diferenças no tipo de intervenção psicoterapêutica, quando comparados com os resultados que se devem a factores comuns, de que é exemplo a aliança terapêutica, entre muitos outros factores (Wampold, 2001).

O interesse dos investigadores nesta área passou então a incidir na identificação concreta dos factores que poderiam ser considerados comuns a todas as intervenções psicoterapêuticas.

Neste contexto, Rosenzweig (1936), é pioneiro em propor como principais factores comuns: (a) a personalidade do terapeuta, (b) o racional terapêutico e (c) os efeitos de sinergia entre terapeuta e paciente.

Posteriormente, já no início da década de 60, Jerome Frank (2001) identificou outras quatro características partilhadas pelas diferentes intervenções psicoterapêuticas, sendo elas: (a) a existência de uma relação segura com o terapeuta, (b) um contexto de intervenção, (c) um racional para os sintomas e (d) um ritual de intervenção.

Desde então, foram propostas diferentes categorizações de factores comuns, até que em 1990, Greencavage & Norcross começaram a identificá-las através de métodos empíricos combinados com métodos racionais. Através de uma revisão de cinquenta publicações sobre o tópico, tentaram identificar o que havia de semelhante entre os elementos que se poderiam considerar "factores comuns". Desta revisão apuraram-se cinco categorias diferenciadoras: (1) características do paciente, (2) qualidades do terapeuta, (3) processos ou princípios de

mudança, (4) estrutura da intervenção terapêutica e (5) elementos da relação.

A categoria "elementos da relação" tem sido, até os dias de hoje, a mais consensual e aquela que tem sido mais investigada.

Já em 2003, e com os objectivos de reduzir o número das categorias, de explorar a relação entre os vários factores comuns e de estabelecer uma base empírica para a sua categorização, Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn e Wampold restringiram-nos a duas dimensões: (a) processamento a quente ou a frio (ou sentimento vs pensamento) e (b) actividade terapêutica. Esta segunda dimensão parece reflectir a dualidade entre a base mais interna, como as actividades que ocorrem dentro da terapia, e a base mais externa da psicoterapia, que se prende sobretudo com o que clientes e terapeutas trazem consigo.

Nesta facção de estudo dos factores comuns, as críticas mais salientes prenderam-se com o facto de muitos dos ingredientes activos ficarem por explicar, uma vez que se privilegia a relação terapêutica em detrimento dos procedimentos técnicos.

Uma outra crítica aparece relacionada com o termo "factores não-específicos", muitas vezes empregue como sinónimo de "factores comuns". Castonguay (1993) alerta no entanto para o facto do termo "não-específico" se

referir a variáveis cuja natureza e/ou impacto não são bem conhecidos, um pouco como sinónimo de "não especificado" e não de "comum".

Outra das críticas relacionadas com as variáveis comuns às várias abordagens psicoterapêuticas, prende-se com o facto de elas não estarem todas empiricamente definidas, nem avaliadas. Esta crítica é válida, mas não para todas as variáveis comuns, uma vez que muitas já se encontram bem definidas, como é o caso da aliança terapêutica.

Mas nem todos os factores comuns têm uma natureza relacional. Curiosamente, também são comuns muitas das estratégias de intervenção, utilizadas pelas diferentes formas terapêuticas, tais como a promoção da exposição, a facilitação de uma experiência correctiva ou o fornecimento de uma nova compreensão. Os estudos de Goldfried (Goldfried, 1980; Goldfried & Wolfe, 1998) têm-se dedicado a aprofundar o conhecimento neste domínio, tentando especificar algumas estratégias ou procedimentos interventivos que sejam partilhados pela maioria das abordagens teóricas.

Nesta dialéctica de factores comuns versus factores específicos, uma outra crítica muito sublinhada é a de que não se encontra muita utilidade em colocar frente a frente estes dois tipos de factores intervenientes em terapia. Com efeito, colocar a técnica em confronto com a



relação, não trará grandes benefícios e, principalmente, não fará justiça à complexidade do processo de mudança (Castonguay, 1993; Norcross 2002; Beutler & Harwood, 2000; Castonguay & Beutler, 2005).

Segundo estes mesmos autores, há evidências suficientes de que quer a relação quer a técnica são importantes componentes de mudança, e de que se fosse possível intervir só com a técnica, ou só com a relação, verificaríamos que os resultados terapêuticos seriam muito atenuados.

### **1.3.3. Investigação relativa à interacção dos factores específicos com os factores comuns**

Com base em tudo o que foi dito, parece que o caminho da investigação neste domínio passa agora por compreender como interagem os factores comuns e específicos e qual o seu papel nos resultados terapêuticos (Kazdin, 2005).

Para esse efeito, foi criada pela divisão 29 da APA (Sociedade Americana de Psicologia) liderada por John Norcross, uma equipa de investigação (*Task Force*) com o objectivo de identificar os elementos presentes nas relações terapêuticas e de determinar quais os métodos mais eficazes de intervenção para problemas específicos, que estejam para além das características de diagnóstico (Norcross, 2002).

A finalidade deste grupo de trabalho é a de estabelecer "relações terapêuticas empiricamente apoiadas" (*empirically supported therapy relationships - EST's*).

Esta divisão 29 da APA vem suplantando as críticas apontadas ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela divisão 12 (Divisão de Psicologia Clínica) da APA, a primeira a trabalhar no âmbito das intervenções psicoterapêuticas empiricamente suportadas, como anteriormente já foi referido.

Como as investigações sobre a eficiência e a eficácia em psicoterapia não confirmam que as técnicas específicas são o único contributo para o bom resultado da psicoterapia, a divisão 29 centrou-se num aspecto crucial: a relação terapêutica.

Com efeito, as melhores estimativas estatísticas dizem-nos que 10% dos resultados terapêuticos se devem à relação terapêutica incluindo a empatia, a colaboração, a aliança, entre outras (Norcross, 2002). Desta forma, os dados demonstram que a influência da aliança terapêutica nos resultados da terapia excede a proporção de resultados que podem ser explicados por um determinado método particular de intervenção terapêutica.

O grupo de trabalho da divisão 29 veio posteriormente apresentar, numa obra de referência (Norcross, 2002), a evidência a favor do papel da aliança

nos resultados terapêuticos, enfatizando o valor de adaptar e emparelhar estilos terapêuticos com certos atributos do paciente, para além do diagnóstico, com o objectivo de estabelecer melhores alianças e melhores resultados terapêuticos.

#### **1.3.3.1 Competências clínicas do terapeuta**

Outra das conclusões importantes do grupo de trabalho da divisão 29 é a de que muitas das variáveis que permitem bons procedimentos terapêuticos e que contribuem para uma relação terapêutica produtiva, podem ser descritas como competências clínicas do terapeuta. Das quais se encontra como exemplos, gerir os processos internos associados à contra-transferência, reparar rupturas, o fornecer de interpretações racionais, entre outros.

Aqui, Norcross (2002) volta a questionar a validade da dicotomia entre "técnica" e "relação", sublinhando que todas as intervenções técnicas têm um significado relacional, pelo que não é viável separar conceptualmente os factores técnicos, dos factores relacionais.

Como conclusões apresentadas por esta obra (Norcross, 2002), surge a constatação da necessidade de métodos de investigação que sejam capazes de examinar as relações complexas entre os atributos do paciente, os comportamentos e estilo do terapeuta e os resultados.

### **1.3.3.2 Princípios de mudança terapêutica**

Num movimento conciliatório destas duas *task forces*, Louis Castonguay e Larry Beutler (2006), constituem um outro grupo de trabalho com o objectivo de estabelecer "princípios de mudança terapêutica empiricamente suportados" (ESP's). Para estes autores, é chegado o momento de se utilizar todo o conhecimento que a investigação em psicoterapia produziu para começar a definir princípios de base que fomentem a mudança terapêutica, sem que estejam relacionados com uma teoria ou modelo específico. Este movimento vai para além dos factores ou modalidades de tratamento e integra os dados empíricos disponíveis sobre princípios gerais de mudança, com o objectivo de investigar de que forma os múltiplos factores terapêuticos se relacionam entre si, como é que os terapeutas, com a sua complexa interacção, facilitam ou interferem com os resultados terapêuticos, e como é que a própria mudança do paciente tem impacto em diferentes aspectos do processo terapêutico.

Reconhece-se que as variáveis técnicas e de relação não são os únicos factores a influenciar os resultados terapêuticos. O trabalho desta *Task Force* demonstrou que as características do paciente e do terapeuta que são trazidas para a terapia também devem ser tidas em

consideração, independentemente do que acontece durante a terapia.

Algumas destas variáveis parecem prever os resultados, independentemente da orientação teórica da intervenção realizada. Um exemplo de uma destas variáveis é a condição de comorbilidade com perturbação de personalidade. Outras variáveis, como por exemplo o nível de impulsividade do paciente, parecem ter um impacto diferencial em formas específicas de tratamento.

Assumindo que estes múltiplos factores estão em constante interacção e interdependência de formas que, por vezes, facilitam ou dificultam a mudança, é forçoso reconhecer que a complexidade do processo psicoterapêutico vai para além de um debate entre "factores específicos" e "factores comuns", ou entre "relação" e "técnica". À medida que se reconhece a necessidade de investigar as várias fontes possíveis da variação na aliança e da sua relação com os resultados, e tendo em conta que nem as características dos pacientes, nem as dos terapeutas se encaixam numa categorização de "factores específicos" ou "factores comuns", não sendo variáveis relacionais nem técnicas, o debate entre factores específicos e comuns vai-se abrindo a outras variáveis, encorajando a investigação de relações complexas entre os diferentes factores.

É neste sentido que Castonguay e Beutler (2006) salientam a necessidade de ultrapassar a divisão entre os que enfatizam o papel da técnica e que confiam na investigação experimental e objectiva e aqueles que salientam o processo interpessoal e a experiência subjectiva como principais indicadores de mudança. Segundo estes autores, as duas directrizes que deveriam guiar as investigações em psicoterapia são:

a) O que se sabe sobre a natureza dos participantes, das relações e dos procedimentos que façam parte da intervenção e que induzam efeitos positivos independentemente das orientações teóricas?

b) De que modo os factores ou variáveis que estão relacionados com os participantes, com as relações e com as intervenções, interagem entre si para fomentar a mudança?

Seguindo as directrizes que estes autores apontam, apresentam-se alguns pontos consensuais (Lambert & Barley, 2002):

- A psicoterapia é genericamente eficaz e em média o paciente apresenta melhoras clínicas significativas quando comparado com sujeitos que estejam nas mesmas condições e que não realizaram uma psicoterapia;

- Os estudos comparativos reportam consistentemente a equivalência entre os diferentes quadros psicoterapêuticos em promover a mudança;
- Os resultados positivos das psicoterapias acentuam maiores correlações para as variáveis relacionadas com a relação terapêutica, do que com técnicas específicas;
- Os terapeutas descritos pelos pacientes como sendo mais compreensivos, acolhedores, empáticos e contentores, não apresentando comportamentos de crítica, de rejeição, e que não ignoram os aspectos considerados cruciais pelo paciente, são os terapeutas que conseguem os melhores resultados terapêuticos

## **2.VARIÁVEIS DO TERAPEUTA**

A principal função do psicoterapeuta é a de compreender o paciente em sofrimento e de contribuir para que este seja mais capaz de regular a satisfação das suas necessidades psicológicas vitais. Curiosamente, os princípios psicológicos, os métodos e a investigação, raramente têm como objecto o próprio psicoterapeuta (Norcross, 2000), pelo que se lhe irá dedicar a devida atenção no presente capítulo.

### **2.1. Imagens genotípicas do terapeuta**

Orlinsky (1989), ao debruçar-se sobre as diferentes escolas de psicoterapia, considerou a existência de quatro "imagens genotípicas" que são responsáveis pelo atribuir de diferentes importâncias aos diferentes elementos que constituem a representação do que é ser psicoterapeuta. São elas:

(a) A primeira imagem genotípica, que tem sido a dominante, entende a psicoterapia como forma de *tratamento* para as perturbações psiquiátricas. Nesta representação o papel do terapeuta, assim como as suas motivações são muito idênticas aos da profissão médica, prendendo-se com a identificação e redução da patologia e posterior restauro da saúde (Mahoney, 1991).



(b) Na segunda representação, a psicoterapia é entendida como um *processo educacional* ou de *aprendizagem* e a personalidade como um conjunto de respostas aprendidas. Nesta perspectiva, as motivações e papel do terapeuta são mais as de um professor, a quem cabe envolver e motivar o paciente/aluno num processo de aprendizagem, facilitador da aquisição de novas formas de compreensão e de novas aptidões (Mahoney, 1991).

(c) A terceira representação caracteriza as terapias mais comportamentais e apresenta a psicoterapia como processo *correctivo* ou de *reforma* daqueles cuja conduta se afasta das normas sociais. Nesta, as motivações do terapeuta seriam o poder, a autoridade e a possibilidade de controlar a liberdade dos pacientes (Mahoney, 1991).

(d) Por último e como quarta representação, Mahoney (1991) apresenta a terapia como *redenção*, no seio das terapias existenciais e experienciais. Aqui, as motivações do terapeuta são de ordem espiritual, filosófica, religiosa e humanista, e como tarefa, compete ao terapeuta facilitar o desenvolvimento espiritual do paciente, encorajando e promovendo a esperança nos métodos e nos resultados do processo (Mahoney, 1991).

Em síntese, relativamente ao papel atribuído ao terapeuta, encontramos na psicanálise mais elementos de tratamento, na terapia cognitiva o predomínio da educação, descobrimos mais elementos de reforma nas

terapias comportamentais e os elementos de redenção nas terapias existenciais e experienciais.

## **2.2. Influência da pessoa do terapeuta nos resultados da terapia**

Em 1977, Allen Berguin afirmava, na introdução de *Effective Psychotherapy* (Gurman & Raizin, 1977), que a publicação do livro significava, finalmente, o reconhecimento do papel central desempenhado pelas características do psicoterapeuta em todas as formas de psicoterapia.

Um ano depois, este mesmo autor, juntamente com Michael Lambert, após exaustiva revisão de literatura, concluía que os factores responsáveis pela variância dos resultados terapêuticos se apresentavam pela seguinte ordem decrescente de influência: "factores inerentes ao paciente" (e.g., motivação, grau de integridade do ego, etc.) (Mays & Franks, 1985; Mohr, 1995), "factores pessoais do terapeuta" (para melhor ou para pior - efeitos de deterioração) e variáveis de "orientação teórica" ou "técnicas terapêuticas".

Finalmente, doze anos mais tarde, Michael Lambert (1989) concluía que existia suficiente evidência empírica para considerar que as características individuais do psicoterapeuta tinham uma influência substancial no processo e nos resultados terapêuticos. Mais ainda,

sublinhava que era possível constatar diferenças dramáticas nos resultados terapêuticos atribuíveis à pessoa do terapeuta (Norcross, 2002; Wampold, 2001), mesmo quando estes eram cuidadosamente seleccionados, treinados e baseavam as suas intervenções em manuais e supervisões (tendentes à homogeneização dos procedimentos) - embora se saiba que os efeitos atribuíveis aos terapeutas tendem a atenuar-se quando se recorre ao uso de manuais de intervenção (Crits-Christoph et al., 1991) e quando os terapeutas são muito experientes (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Crits-Christoph et al., 1991).

Se a importância do terapeuta era já facilmente intuída, Beutler e colaboradores (Beutler e tal., 1998 cit. Vasco, 2005) vêm corroborar esta ideia, avançando com um valor de 30% para a percentagem de variância explicada pelas características do psicoterapeuta.

Meta-análises do efeito do psicoterapeuta nos resultados da psicoterapia, demonstram que este é em média de 5 a 9% (Crits-Christoph et al., 1991; Wampold, 2001). Este estudo, que estimou a variabilidade dos resultados da terapia atribuíveis ao terapeuta, envolveu 6146 pacientes e 581 terapeutas. Cerca de 5% dos resultados são devidos aos efeitos do terapeuta; <1% deve-se à especificidade da intervenção terapêutica (Wampold & Brown, 2005).

De uma outra perspectiva, também as variáveis que são específicas ou que se desenvolvem na relação terapêutica, em particular a interação entre as características do terapeuta, do paciente, do contexto e do tipo de terapia, parecem ser mais importantes para os resultados do processo, do que as variáveis do terapeuta (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986; Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Lyons & Howard, 1991).

### **2.3. Características mais relevantes da pessoa do Terapeuta para o estabelecimento da aliança terapêutica**

Sabe se hoje que o principal veículo de mudança psicoterapêutica reside nas características do terapeuta que facilitam a aliança (Luborsky et al., 1985).

O impacto terapêutico que tem sido atribuído aos factores de personalidade do terapeuta tem sido descrito como sendo oito vezes maior do que o impacto associado às técnicas terapêuticas (Lambert, 1989).

Algumas das características que mais parecem estar relacionadas com efeitos negativos na terapia são a falta de empatia, a incapacidade de avaliar a gravidade da condição do paciente e a contratransferência negativa (Mohr, 1995).

Pelo contrário, as características dos terapeutas que parecem estar relacionadas com melhor capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica e melhores

resultados da intervenção são: abertura à experiência, flexibilidade, responsividade, tolerância à incerteza e à frustração (Lambert & Ogles, 2004; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998).

#### **2.4. As características do terapeuta na potenciação da eficácia das técnicas terapêuticas**

A relevância das variáveis do terapeuta não significa que os efeitos das técnicas terapêuticas sejam totalmente negligenciáveis.

No entanto é importante ter presente que as técnicas terapêuticas não têm eficácia no vácuo, ou não adquirem um significado que seja independente do contexto interpessoal da sua utilização (Butler & Strupp, 1986). Elas consistem em rituais terapêuticos de comunicação (Frank & Frank, 1991) que só ganham eficácia terapêutica inseridas num espaço relacional, marcado pelas características e estilo do psicoterapeuta. Como Strupp (1977) afirmou, "... aquilo que o terapeuta faz, ... inclui sempre quem ele é" assim, as técnicas não são nem totalmente dependentes, nem totalmente independentes da pessoa que as utiliza.

Uma revisão crítica, realizada por Lambert & Ogles (2004), acerca das evidências que apoiam a eficácia em psicoterapia, sublinhou a importância do contributo dos factores não-específicos para resultados terapêuticos

positivos, chegando mesmo a afirmar: "Isto não quer dizer que a técnica seja irrelevante, mas que o seu poder para provocar a mudança, é limitado quando comparado com a influência pessoal." (p. 181). A sua síntese de investigação empírica sugere que o papel do terapeuta no resultado do processo psicoterapêutico é surpreendentemente relevante, mesmo nas abordagens baseadas em manuais.

Sendo que o psicoterapeuta é indissociável do sucesso da psicoterapia, sabe-se, científica e clinicamente, que as características inerentes ao terapeuta e à relação terapêutica contribuem pelo menos tanto para os resultados da terapia como o método terapêutico utilizado. Quando analisado separadamente, o chamado "efeito do psicoterapeuta" excede frequentemente os efeitos do método utilizado na intervenção terapêutica (Wampold, 2001, p.200).

## **2.5. Características da pessoa do terapeuta mais valorizadas pelos pacientes**

Na perspectiva dos pacientes, várias investigações demonstraram que é frequente estes atribuírem o sucesso da terapia às qualidades pessoais dos terapeutas (Lazarus, 1971; Sloane et al., 1975).

A importância atribuída às qualidades pessoais do terapeuta reúne mais consenso entre os pacientes do que

os factores técnicos. 70% dos pacientes que alcançaram resultados terapêuticos positivos consideraram como muito importante para as melhoras sentidas, em primeiro lugar, a personalidade do terapeuta e em segundo, o facto do terapeuta os auxiliar a compreender os seus problemas (Sloane et al., 1975).

Chega-se então ao ponto em que já não é possível ignorar a importância que tem em terapia a pessoa do terapeuta.

Olhando agora para estas três décadas de estudos empíricos em psicoterapia, constatamos que a maior parte da variância dos resultados, não atribuível às características pré-existentes no paciente, parece estar relacionada mais com as diferenças individuais do terapeuta e com a emergência da relação terapêutica e não tanto com o tipo de técnica ou escola de terapia.

Por conseguinte as características do terapeuta, o modo como influenciam o estabelecimento da relação com o paciente, constitui um objecto de estudo futuro no domínio da psicoterapia, com benefícios quer para o seu ensino quer para a sua prática (Henry, 1998).

### **3. ALIANÇA TERAPÊUTICA**

#### **3.1. Definição da Aliança Terapêutica**

A aliança terapêutica está interligada com outras variáveis, como as características do paciente, as características do terapeuta, e os métodos de intervenção.

Neste sentido, Bordin (1979) define a aliança terapêutica como o laço emocional experienciado por terapeuta e paciente assim como pela concordância entre ambos relativamente aos objectivos da terapia e às tarefas desenvolvidas para os atingir.

Wampold (2001), por sua vez, concebe a aliança como uma relação afectiva entre terapeuta e paciente, incluindo a motivação e competência deste para trabalhar em colaboração com o terapeuta, a resposta empática do terapeuta ao envolvimento afectivo do paciente, e o acordo de ambos face a objectivos e tarefas da terapia.

A aliança terapêutica pode ainda ser definida como a qualidade do envolvimento entre o terapeuta e o paciente, que se reflecte no acordo quanto a objectivos e tarefas desta equipa de trabalho, em que a contribuição do terapeuta para a aliança é um elemento importantíssimo desse envolvimento (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Esta definição permite encarar a aliança terapêutica também como um ingrediente activo da mudança



em terapia e como uma condição necessária de base para que os outros ingredientes de mudança, como as técnicas e estratégias, possam ser desenvolvidos.

Pode dizer-se que a relação terapêutica é o solo indispensável onde a intervenção terapêutica se alicerça.

Em parte devido ao papel fundamental que desempenha no processo terapêutico, a aliança terapêutica é um constructo claramente definido, com vários instrumentos desenvolvidos para operacionalizá-lo e avaliá-lo, com grande validade e precisão (Constantino et al., 2002).

### **3.2. A Aliança terapêutica enquanto factor comum**

A aliança terapêutica tem sido considerada como um dos factores comuns mais importantes da eficácia terapêutica (Warwar & Greenberg, 2000), independentemente da orientação teórica e a mais citada na literatura de investigação em psicoterapia (Wampold, 2001).

Ahn e Wampold (2001), referem que o estabelecimento da relação terapêutica constitui um dos factores comuns que historicamente mais tem prendido o interesse de investigadores e clínicos humanistas, dinâmicos e relacionais, devendo por isso ser considerada como uma das competências que deve ser integrada nos modelos de treino para terapeutas eficazes.

O papel, o impacto da aliança e a forma como pode ser construída através da relação, constituem aspectos centrais de um processo terapêutico, uma vez que a relação terapêutica tem sido apontada como um factor essencial para o sucesso da terapia.

Neste sentido, e com base em evidências empíricas, os clínicos devem estar atentos à construção, manutenção, monitorização e reparação de uma forte relação terapêutica, a qual deve assentar no acordo de objectivos, tarefas e processos, com o intuito de obter resultados terapêuticos mais positivos.

### **3.3. A Aliança Terapêutica e os ganhos do processo terapêutico**

Lambert & Barley (2002), numa extensa revisão de literatura de investigações acerca dos resultados em psicoterapia, apontam para que 30% da variância nos ganhos terapêuticos seja explicada pelos factores comuns, entre os quais se inclui a qualidade da aliança.

A título de exemplo, os resultados de uma meta-análise realizada por Horvath & Symonds (1991) sugerem uma relação com robustez estatística entre a aliança formada pelo terapeuta e pelo paciente e os resultados da psicoterapia, sendo que 7% da variância dos ganhos terapêuticos pode estar associada à qualidade da aliança.

Segundo os mesmos autores, a aliança inicial, avaliada na perspectiva do paciente por volta da 3ª sessão de terapia, aparece significativamente correlacionada com o sucesso terapêutico final.

Outros estudos (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Hentschel, 2005), evidenciaram também relação robusta e muito consistente (correlação média de .22 e .29) entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos.

Muitos outros estudos mostram evidências da aliança terapêutica como mediador de mudança enquanto alguns têm demonstrado que os resultados da intervenção terapêutica podem ser previstos pela avaliação da qualidade da aliança (Salvio, Beutler, Wood, & Engle, 1992).

Huppert, Fabbro, e Barlow (2006) vieram desafiar esta relação "linear" entre a qualidade da aliança com o terapeuta e os resultados terapêuticos, ao ponderarem que embora aquela seja necessária pode não ser suficiente para produzir resultados terapêuticos positivos.

Dada a dificuldade em identificar os mecanismos específicos que produzem uma boa aliança, Huppert et al. (2006) sugerem que os resultados das intervenções psicológicas também são determinados pela forma como os terapeutas executam as suas técnicas específicas. Não obstante, admitem que o poder da eficácia das técnicas

terapêuticas aumentaria com uma forte aliança. Também o inverso é possível, isto é, quanto maior a eficácia da técnica, melhor pode vir a ser a aliança.

Efectivamente, a qualidade da aliança pode estabelecer-se de *per se* ou criar-se na sequência de uma mudança positiva provocada pela intervenção terapêutica.

Por outro lado, adaptar ou ajustar a relação ou o estilo terapêutico a características específicas do paciente, que não apenas as de diagnóstico, aumenta a eficácia da intervenção.

### **3.4. Diferenças quanto à perspectiva do terapeuta e do paciente em relação à aliança terapêutica**

A perspectiva do terapeuta e do paciente sobre a qualidade da aliança terapêutica é divergente (Horvath & Symonds, 1991). Existe um baixo acordo entre as perspectivas de ambos, embora a avaliação que os terapeutas mais experientes façam da qualidade da aliança se aproxime mais da dos pacientes, que a dos terapeutas menos experientes.

Uma das hipóteses levantadas por Horvath & Symonds (1991) para este facto, prende-se com a possibilidade de os terapeutas considerarem a aliança terapêutica com base em critérios teóricos, enquanto os pacientes a comparam com outras relações das suas vidas - o que não implica

que, de acordo com a investigação, os pacientes não sejam bons juízes quando avaliam o poder reparador da relação terapêutica (Horvath & Symonds, 1991), pelo contrario, a avaliação feita pelo paciente tem-se revelado o melhor preditor do resultado da intervenção.

### **3.5. Valorização do paciente da relação estabelecida pelo terapeuta**

Os pacientes atribuem, em primeiro lugar, a eficácia da intervenção psicoterapêutica à relação com o seu terapeuta, em detrimento da eficácia de uma técnica ou método particular (Elliot & James, 1989).

Com efeito, num estudo clássico de grande dimensão sobre a depressão, do National Institute of Mental Health (NIMH), verificou-se que mesmo os pacientes que receberam intervenções manualizadas, deram como resposta mais comum, aquando da classificação dos aspectos mais úteis da intervenção terapêutica, a categoria "o meu terapeuta ajudou" (41%) e "Aprendi algo de novo" (36%).

Após a intervenção, 32% dos pacientes que receberam tratamento placebo mais intervenção clínica, referiram que os seus psicoterapeutas constituíram o facto mais útil em todo o processo (Gershefski, Arnkoff, Glass, & Elkin, 1996).

Como ilustração final, pode-se apontar os estudos com os "mais informados consumidores" de terapia, ou seja, os próprios psicoterapeutas. Em dois dos estudos realizados nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha, centenas de terapeutas reflectiram sobre a sua terapia pessoal e nomearam os factores de maior importância que retiraram dessa experiência, para a prática da psicoterapia (Norcross, Strausser-Kirtland, & Missar, 1988; Norcross, Drydan, & DeMichele, 1992). As respostas mais frequentes dizem respeito ao relacionamento interpessoal e à dinâmica da psicoterapia: a centralização do afecto, a empatia, e a relação pessoal; a importância da transferência e contra-transferência; a inevitável humanidade do terapeuta; e a necessidade de ser mais tolerante em psicoterapia.

Por outro lado, uma revisão de estudos publicados que identificavam co-variáveis de terapias prejudiciais recebidas por profissionais de saúde mental, concluiu que o prejuízo foi tipicamente atribuído à distância e rigidez dos terapeutas, a terapeutas emocionalmente sedutores e a más combinações paciente-terapeuta (Orlinsky, Norcross, Ronnestad, & Wiseman, 2005).

Todos estes dados sublinham que a ciência e a prática convergem para a conclusão de que reside na pessoa do

terapeuta um dos mais significativos é o locus de sucesso da psicoterapia.

#### **4. DIFERENCIAÇÃO EMOCIONAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL**

O estudo das emoções e do desenvolvimento emocional tem sofrido profundas alterações nas últimas décadas.

No início e durante a maior parte do século XX, os processos emocionais eram considerados secundários ou até mesmo componentes disruptivos do funcionamento humano (Young cit in Mascolo & Griffin, 1998).

Consideradas como desorganizadoras do funcionamento psicológico ou epifenômenos de outros processos mais nobres como os cognitivos (Izard & Harris, 1995), as emoções eram fenômenos psicológicos negligenciados e pouco estudados.

No entanto, a inegável importância dos processos emocionais no funcionamento e desenvolvimento humano, quer ao nível do desenvolvimento adaptativo, quer os nível do desenvolvimento disfuncional (Hesse & Cichetti, 1982; Izard & Harris, cit in Mascolo & Griffin, 1998) despoletou a necessidade de compreender as emoções, impulsionadora de um sério movimento de pesquisa e investigação, que em ultima instância tem permitido compreender melhor o ser humano.

O estudo das emoções divide-se em duas grandes linhas de investigação: uma que decorre da crescente investigação e consequentes descobertas sobre as emoções e o cérebro (Damásio, 1994; Lane & Nadel, 2000; Ledoux,



1996 in Greenberg, 2004) e a segunda que diz respeito ao aumento da compreensão da emoção na psicologia e em psicoterapia (Ekman & Davidson, 1994; Fosha, 2000; Frijda, 1986; Greenberg, 2000; Lewis & DeHaviland, 2000 in Greenberg, 2004).

#### **4.1. Definição de Emoção**

Por emoções, entende-se hoje as reacções subjectivas a um evento significativo do ambiente interno e externo ao organismo, caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que permitem a atribuição de um significado à experiência, preparando o indivíduo para a acção em consonância com essa mesma avaliação (Sroufe, 1996). Elas são unanimemente definidas como fenómenos cerebrais amplamente diferenciados do pensamento, que contêm as suas próprias bases neuroquímicas e fisiológicas (Greenberg, 2004) e que preparam o organismo para a acção em resposta a um determinado estímulo interno ou desafio ambiental (Kring, A. & Bachorowski, 1999 in Mascolo & Griffin, 1998).

As emoções, sendo constituídas por diversos componentes biológicos, comportamentais, cognitivos, sociais e de expressão, operam de forma sincronizada numa resposta que sintetiza diferentes níveis de processamento (Greenberg, 2004). Deste modo, as emoções desempenham funções cruciais para a sobrevivência, comunicação e

resolução de problemas (Fridja, 1986; Izard, 1991; Tomkins, 1983 in Greenberg, 2004).

A coordenação destes vários componentes serve uma série de funções de motivação e organização do comportamento (Buck, 1994; Ekman, 1994; Izard, 1993; Lang, Bradley & Cuthbert, 1990; MacLean, 1993; Nesse, 1990; Plutchick, 1993 in Mascolo & Griffin, 1998), e desempenha um papel adaptativo (Gross, 1999) e positivo (e.g. Lazarus, 1991) nas diversas etapas do desenvolvimento humano - não devendo como tal ser entendidas como um incómodo a ser ignorado ou eliminado.

#### **4.2. Emoções primárias, emoções secundárias e emoções instrumentais**

Segundo Greenberg (2004), as emoções não são todas do mesmo tipo. Elas podem agrupar-se em: emoções primárias, emoções secundárias e emoções instrumentais, tendo em conta a sua etiologia, a finalidade com que são experienciadas e a forma encontrada pelo sujeito para as exprimir.

##### **4.2.1. Emoções primárias**

Por emoção primária entende-se a primeira reacção do indivíduo, em resposta a um estímulo (e.g., sentir medo em presença de uma ameaça).

As emoções primárias servem os princípios de sobrevivência e do bem-estar e são as primeiras emoções que o sujeito experiencia.

São de rápida activação e rápida desactivação e influenciam conseqüentemente a cognição e a percepção.

Podem ainda ser adaptativas ou desadaptativas (Greenberg, 2004).

#### **4.2.2. Emoções Secundárias**

Segundo Greenberg (2004), as emoções secundárias são emoções que têm na sua origem outra emoção experienciada pelo sujeito. As emoções secundárias, são normalmente referidas como perturbadoras pelos pacientes em psicoterapia. Elas constituem frequentemente o sintoma da tentativa de evitar, de julgar ou controlar as emoções primárias (Greenberg, 2004).

Ainda segundo o mesmo autor, é fundamental que o indivíduo consiga diferenciar as suas emoções primárias das emoções secundárias.

#### **4.2.3. Emoções Instrumentais**

São emoções que se caracterizam pela sua funcionalidade para o sujeito que as expressa. Essa funcionalidade é aprendida ao longo do processo de desenvolvimento, à medida que o indivíduo aprende que

quando expressa determinada emoção os outros reagem a essa emoção de uma determinada forma.

A forma como os outros reagem traz algo de bom para o sujeito, os chamados ganhos secundários, e frequentemente o indivíduo não tem consciência de que as aprendeu e utiliza para obter esses ganhos secundários (Greenberg, 2004).

#### **4.3. O processo emocional**

Para que surja uma emoção é necessário uma sequência de acontecimentos. Inicialmente é necessária que ocorra um *estímulo significativo* interno, de que é exemplo uma memória episódica, ou um acontecimento externo, ou uma qualquer situação que prenda a atenção do indivíduo. A ocorrência de qualquer um destes estímulos iniciais promove uma activação fisiológica imediata e um processamento cognitivo e emocional subliminar, não consciente.

Na sequência deste processo ocorre uma *activação emocional* que se transforma em emoção quando interpretada em função do tipo de activação fisiológica experienciada, do contexto em que ocorre, das experiências passadas e das memórias episódicas construídas. Este processo é denominado de *diferenciação emocional*.

Seguidamente, o indivíduo decide que estratégias de confronto utilizar para uma *regulação emocional* eficaz, resolvendo expressar ou não as suas emoções.

Atente-se então nestes dois importantes processos: A diferenciação emocional e a regulação emocional.

#### **4.3.1. Diferenciação Emocional**

A diferenciação emocional é então a capacidade do indivíduo para reconhecer e atribuir significado à sua experiência emocional.

É caracterizada pela simbolização da emoção, que permite ao indivíduo compreender e regular a emoção experienciada (Barrett & Gross, 2001). Este processo é central na capacidade de compreensão da totalidade da sua experiência emocional e na atribuição de um significado que lhe permita lidar adaptativamente com a experiência (Barrett, 1998).

O processo de diferenciação emocional é constituído por uma sequência de acontecimentos. Inicia com o reconhecimento e atribuição de significado ao estímulo experienciado, segue-se a compreensão das causas e consequências da emoção experienciada, que leva à compreensão da funcionalidade social do comportamento emocional a ter e ao conhecimento do repertório de competências de confronto para lidar com a activação

fisiológica experienciada (Ackerman e tal., 1998 in Barrett e Gross, 2001).

A capacidade de diferenciação emocional assume assim quatro funções centrais: 1) a simbolização da experiência emocional (a linguagem possibilita a expressão do significado atribuído aquela experiência); 2) o aumento das potencialidades da experiência vivenciada, ao maximizar a multiplicidade do significado da experiência emocional; 3) a promoção de estratégias mais adaptativas de regulação emocional e 4) a expressão e consequente socialização da mesma (o significado expresso é determinado pela linguagem sócio-cultural partilhada pelos indivíduos).

A capacidade de diferenciação emocional assume assim um especial relevo na forma como o indivíduo experiencia e se regula emocionalmente. Mais importante do que a própria expressão emocional, é o grau em que o indivíduo é capaz de integrar os sentimentos com os pensamentos, de modo a que este se torne capaz de experienciar emocionalmente, sem ser dominado pelas emoções, tendo em consideração o impacto emocional do seu comportamento nos outros (Barrett, 1998).

A capacidade de diferenciação emocional está assim associada a um melhor funcionamento individual e interpessoal (Barrett & Gross 2001).

#### **4.3.2. Regulação emocional**

Quando se fala de regulação emocional fala-se da organização dos comportamentos adaptativos para lidar com eventos emocionalmente activadores.

A regulação emocional envolve processos fisiológicos, neuroquímicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais e sociais, e inclui todas as estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional (Gross, 1999).

Para actuar de forma emocionalmente adaptada, os indivíduos necessitam de aprender a regular quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 1999 cit in Greenberg, 2004).

Ser capaz de diferenciar as respostas, compreender a sua função e reflectir sobre as mesmas são funções inerentemente humanas. Os indivíduos necessitam de conseguir decidir o que querem expressar ou suprimir.

O processo de regulação emocional envolve a capacidade de simbolizar a nível cognitivo, uma activação fisiológica experienciada, de forma a dar origem a uma emoção. Aqui, o indivíduo revê a situação e pode modificar o significado das suas emoções de modo a transformar ou regular as suas reacções emocionais.

É sobre esta variável na pessoa do psicoterapeuta que o presente estudo se pretende deter.

#### 4.4. Formas de regulação emocional

A regulação emocional pode realizar-se de várias formas:

(a) Por regulação emocional da experiência, que consiste na **interrupção da construção de significado**, podendo ser adaptativa ou desadaptativa (Greenberg, 2004).

Apesar dos pensamentos não produzirem a maioria das emoções, ajudam a regular ou a manter as mesmas. Desta forma, tentar modificar os pensamentos ajuda a regular as emoções, não porque os pensamentos desadaptativos causem emoções geradoras de mal-estar, mas porque tendem a manter ou a intensificar as mesmas.

(b) Por **negação**, ou seja, o indivíduo nega a realidade, os seus sentimentos.

(c) Por permitir e aceitar a sua experiência, **re-significando**, ou seja, dando-lhe um novo significado, por forma a ser-lhe possível lidar com os seus sentimentos e transformá-los (Greenberg, 2004).

(d) **Por evitamento**, isto é, gerindo a emoção escusando expor-se às situações desencadeadoras da emoção (Greenberg, 2004).

(e) Pela **modificação da emoção por outra emoção**, forma de regulação emocional que se processa após a activação da primeira emoção, deixando-a passível de ser



modificada por uma outra emoção oposta, de igual intensidade (Greenberg, 2004). Este processo pode ocorrer por meio de uma das seguintes estratégias: (1) modificar o foco de atenção, (2) aceder às necessidades e objectivos, (3) imaginação positiva, (4) representação da expressão de uma emoção, (5) recordar outra emoção, e (6) falar acerca de outra emoção (Greenberg, 2004).

## 5. DEFINIÇÃO DE ESTILO OU MODO REAL

Orlinky & Ronnestad (2005), ao estudarem os aspectos pessoais inerentes ao trabalho dos psicoterapeutas, identificaram que para além do trabalho terapêutico inicial, mais focado no estabelecimento de objectivos e na busca das formas mais eficazes para alcançá-los, existe a vivência do processo terapêutico entre paciente e terapeuta enquanto encontro entre duas pessoas.

Para o terapeuta, é de toda esta vivência profissional que emerge o seu *Estilo ou Modo Real*, como consequência da conjugação de três factores:

- (a) a experiência da *agência relacional* como fonte e catalisador da mudança terapêutica,
- (b) a experiência da vivência do seu *estilo ou modo relacional* de funcionamento nos laços que estabelecem com os seus pacientes, e
- (c) a experiência da capacidade pessoal de resposta afectiva enquanto interagem com os pacientes (Orlinky & Ronnestad, 2005).

Abordaremos em seguida cada um deles com mais detalhe.

### 5.1. Agência Relacional

Orlinky & Ronnestad (2005) estudaram quais as qualidades do terapeuta que podem estar associadas a esta capacidade de promover a mudança no paciente e concluíram

tratar-se de características, referenciadas pela grande maioria dos terapeutas do seu estudo, tais como: empenhado (86%), envolvido (84%), intuitivo (80%), hábil (72%) e eficaz (72%).

Já em menor número, embora ainda de dimensão considerável, tais qualidades estão ainda associadas ao facto de se percepcionarem como pragmáticos (61%), determinados (59%), organizados (56%) e não neutros (58%).

Do mesmo estudo resulta que 9% dos terapeutas refere sentir-se imprestável e 6% dos terapeutas refere sentir-se confundido.

Constata-se ainda que a maioria dos terapeutas se considera (a)*investido* no seu trabalho, categoria que abarca a percepção de ser *envolvido, empenhado, intuitivo* e não *neutro* e (b)*eficaz* no trabalho terapêutico, categoria que envolve ser-se *hábil, organizado, eficaz, subtil, pragmático* e *determinado*.

Estas duas categorias, de *investido* e *eficaz*, constituem as duas dimensões principais positivas, subjacentes ao conceito de "agência". Já como dimensão negativa, os autores referem que o terapeuta se sente por vezes *perplexo*, categoria de que fazem parte os estados de *imprestável* e *confundido*.

## 5.2. Modo Relacional

Os participantes na terapia, para além de interagirem e de trabalharem em conjunto, em consonância com os seus papéis sociais de paciente e terapeuta, também estão na situação terapêutica enquanto pessoas. Isto é, enquanto indivíduos que se definem por uma determinada idade, género, etnia, aparência, forma de vestir, tipo de voz e outras características pessoais.

Tais especificidades, apesar de não serem oficialmente relevantes para o desempenho dos seus papeis, no sentido em que não determinam *o que se faz* em terapia, são fundamentais para a *forma como* terapeuta e paciente *estão em terapia*, uma vez que caracterizam o contexto interpessoal do trabalho terapêutico (Orlinsky e Ronnestad, 2005).

Os investigadores designam este elemento como *laço* (e.g. Bordin, 1979; Orlinsky & Howard, 1987; cit Orlinsky e Ronnestad, 2005) e têm demonstrado o seu forte impacto no sucesso do trabalho psicoterapêutico (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004; cit. Orlinsky e Ronnestad, 2005).

Em síntese, a designação de Orlinsky e Ronnestad de "Modo Relacional" reflecte a percepção que o terapeuta possui acerca do contributo das suas características

personais para a criação do laço terapêutico com o paciente, num contexto relacional de pessoa-para-pessoa.

#### **5.2.1. Estudos Empíricos**

A investigação de Orlinsky & Ronnestad (2005), através da aplicação de uma das escalas que constituem o instrumento (DPCCQ) e que afere a percepção de estilo ou modo real no terapeuta, evidenciou uma concordância significativa nas características mais respondidas pelos terapeutas, de que são exemplos os estilos: aceitante (96%), tolerante (91%), caloroso (89%) e amigável (89%). Muitos terapeutas também se consideraram receptivos (73%), apoiantes (68%) e permissivos (56%); pelo contrário, os estilos menos cotados pelos terapeutas foram frio (5%), desligado (15%) ou crítico (21%). Estes resultados apresentaram-se consistentes em psicoterapeutas de diferentes nacionalidades, formação de base e género.

#### **5.2.2. Dimensões de modo relacional**

A análise factorial do citado estudo (Orlinsky & Ronnestad, 2005) demonstra que o Modo Relacional se manifesta em quatro dimensões independentes:

(a) afirmativo - caracterizado por ser aceitante, caloroso, tolerante e amigável;

(b) acomodativo - característico de terapeutas permissivos, receptivos, apoiantes e protectores;

(c) dominante - próprio dos terapeutas que se consideram desafiantes, autoritários e directivos, com uma pequena parte desta amostra também a considerar-se crítico e exigente; e

(d) reservado - que abrange todas as opções menos assinaladas pelos terapeutas, nomeadamente, ser cauteloso, reservado, desligado e frio (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

### **5.2.3. Relação das Características do Terapeuta com a variável Modo Relacional**

No que respeita a **diferenças de género**, as mulheres tinham em geral um estilo ou modo real mais afirmativo e acomodativo, enquanto os homens terapeutas apresentaram um estilo mais dominante e reservado.

Já no que respeita à **experiência do terapeuta**, foi possível verificar que os terapeutas mais experientes eram um pouco mais afirmativos e menos reservados na sua relação com o paciente, do que os terapeutas mais novos.

Mais ainda, foi possível verificar, embora através de correlações relativamente baixas, que o Estilo ou Modo Real se correlaciona com a **orientação teórica do terapeuta**. Neste contexto, foi possível aferir que a

correlação mais evidente se deu entre o estilo dominante e a orientação comportamental ou cognitiva, seguida pela orientação analítica-psicodinâmica. Já os terapeutas de orientação humanista tendem a ser mais afirmativos e acomodativos, enquanto os terapeutas de orientação sistêmica são mais afirmativos e mais dominantes (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

## **6. DEFINIÇÃO DE DIFICULDADES PERCEBIDAS**

Segundo Orlinsky (2005), o trabalho terapêutico exige inúmeras competências do terapeuta, pelo que quando são insuficientes ou quando o terapeuta se sente inseguro em relação às mesmas, experiencia alguma dificuldade na prática clínica - não obstante das contrariedades serem parte integrante do trabalho terapêutico.

Para poder ter acesso às dificuldades do terapeuta e poder integrar esta categoria no DPCCQ, Orlinsky (2005) baseou-se nos resultados de um estudo qualitativo, da Collaborative Research Network (Davis, Elliot et al., 1987 cit. Orlinsky & Ronnestad, 2005), baseado na análise das descrições dos terapeutas relativamente às dificuldades sentidas na prática clínica.

Tais dificuldades foram agrupadas em dez tipos, para cada um dos quais foram construídas duas escalas quantitativas, incluídas no DPCCQ.

### **6.1. Dimensões Dificuldades do Terapeuta**

Os dez tipos de dificuldades, sentidas pelos terapeutas na sua prática clínica, foram posteriormente agregadas, por Orlinsky (2005), em três dimensões:

(a) **dúvidas de desempenho profissional** - abarca o sentimento de insegurança acerca da eficácia com um paciente, a falta de confiança na sua capacidade para



promover efeitos benéficos no paciente, a falta de capacidade para gerar momentos que façam avançar a terapia, o sentimento de incapacidade para ajudar um paciente, e o sentimento de incapacidade em compreender a essência dos problemas do paciente. Esta dimensão é a mais experienciada pelos terapeutas;

(b) **frustração na intervenção terapêutica** - refere-se ao sentimento de impotência para ajudar um paciente numa situação de vida trágica, sentir-se preso com o paciente numa relação que parece não levar a lado nenhum, sentir-se zangado com situações na vida do paciente que invalidam os benefícios da terapia, e sentir-se em conflito quando concilia as obrigações para com um paciente e as obrigações equivalentes para com os outros;

(c) **reação pessoal negativa** - envolve o sentimento de incapacidade em resistir às necessidades emocionais do paciente, incapacidade para sentir empatia pela experiência do paciente, dificuldade em manter uma atitude correcta para com o paciente face aos valores que este defende, e inabilidade em encontrar algo para gostar ou respeitar no paciente.

## II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

### 1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

#### 1.1. Questão de Investigação

Ser capaz de diferenciar as respostas emocionais, compreender a sua função e reflectir sobre as mesmas são funções inerentemente humanas.

Sabemos hoje que para actuar de forma adaptativa, os indivíduos necessitam de desenvolver a capacidade de diferenciar as emoções e conhecer a sua função para aprenderem a regular, quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 1999 cit. Greenberg, 2004).

Para o terapeuta, a capacidade de regular as suas emoções torna-se ainda mais relevante num contexto de sessão, não apenas porque por si só constitui um terreno fértil para a vivência das emoções, como pela influência que pode exercer nos resultados terapêuticos do paciente.

Neste sentido, a questão orientadora deste estudo é a seguinte:

Qual o contributo da regulação emocional do terapeuta para as variáveis estilo ou modo real do terapeuta, para a variável dificuldades na prática clínica do terapeuta e para a variável aliança terapêutica?

## **1.2. Objectivos e Hipóteses de Investigação**

Pretendemos avaliar a relação entre a variável regulação emocional do terapeuta e outras dimensões vividas na terapia.

### **Variáveis: Regulação Emocional e Estilo ou Modo Real do Terapeuta**

#### **Objectivo 1.**

Pretendeu-se estudar o contributo da variável regulação emocional para com a variável estilo ou modo real do terapeuta, ou seja, em que medida a capacidade do terapeuta regular as suas emoções está associada à *forma como o terapeuta está em terapia*.

#### **Hipótese 1.**

Espera-se que regulação emocional possa ter um impacto positivo no estilo ou modo real do terapeuta.

### **Variável: Modo Relacional**

#### **Hipótese 1.1.**

É esperado que a regulação emocional se relacione positivamente com o modo relacional do terapeuta.

De uma forma mais específica, esperamos também que a regulação emocional tenha um impacto positivo com as dimensões específicas do modo relacional do terapeuta:

#### **Hipótese 1.1.1.**

Espera-se que a capacidade de regulação emocional do terapeuta se relacione positivamente com as sub-dimensões **afirmativa** e **acomodativa** do modo relacional.

#### **Hipótese 1.1.2**

Espera-se que a capacidade de regulação emocional do terapeuta se relacione negativamente com as sub-dimensões **dominante** e **reservado** do modo relacional.

### **Variável: Modo Real - Dimensão Agência Relacional**

#### **Hipótese 1.2.**

É esperado que a capacidade de regulação emocional dos terapeutas se relacione positivamente com a dimensão de agência relacional.

De uma forma ainda mais específica, esperamos que:

#### **Hipótese 1.2.1.**

A capacidade de regulação emocional dos terapeutas se relacione positivamente com as sub-categorias **investido** e **eficaz** de agência relacional.

#### **Hipótese 1.2.2.**

A capacidade de regulação emocional dos terapeutas se relacione negativamente com a sub-categoria **perplexo** da categoria agência relacional.

**Variável: Dificuldades na Prática Clínica do Terapeuta**

Segundo Orlinsky & Ronnestad (2005), os desafios que os pacientes lançam em terapia são frequentemente bem conhecidos das várias competências que o terapeuta pode trazer para a terapia. No entanto, nem sempre assim é. Quando o terapeuta se sente inseguro nas suas competências ou elas falham, de alguma forma, ele experiencia dificuldades na sua prática clínica (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

**Objectivo 2.**

Neste contexto, pretende-se estudar a capacidade de regulação emocional como uma competência importante para o psicoterapeuta enquanto profissional, na medida em que possa influenciar as dificuldades experienciadas pelo mesmo durante a sua prática clínica.

No presente domínio espera-se que:

**Hipótese 2.1.**

A regulação emocional se relacione negativamente com as dificuldades percebidas pelo terapeuta na sua prática clínica.

De um modo mais específico:

#### **Hipótese 2.1.1.**

É esperado que a regulação emocional se relacione negativamente com as dificuldades sentidas pelo terapeuta no domínio das **dúvidas de desempenho profissional**, da **frustração na intervenção terapêutica** e da **resposta pessoal negativa**.

#### **Variável: Aliança Terapêutica**

Partindo do referido anteriormente acerca da importância da regulação emocional para a forma como o terapeuta consegue ser mais ou menos eficaz em estabelecer a relação com os outros, em particular com os pacientes, provavelmente irá também influenciar uma das variáveis que se encontra mais associada a resultados terapêuticos positivos: a aliança terapêutica.

Com efeito, e como já referido no Capítulo de Contexto da Psicoterapia, a aliança terapêutica é entendida como a qualidade do envolvimento entre o terapeuta e o paciente, que se reflecte no acordo quanto a objectivos e tarefas desta equipa de trabalho, em que a contribuição do terapeuta para a aliança é um elemento importantíssimo desse envolvimento (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Esta definição permite encarar a aliança terapêutica também como um ingrediente activo da

mudança em terapia e como uma condição necessária de base para que os outros ingredientes de mudança, como as técnicas e estratégias, possam ser desenvolvidos.

### **Objectivo 3.**

Por conseguinte, pretendemos estudar qual a influência exercida pela regulação emocional do terapeuta na aliança estabelecida com o cliente.

#### **Hipótese 3.1.**

Prevê-se que a regulação emocional se relacione positivamente com os resultados da aliança.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO**

A presente investigação inseriu-se num projecto de equipa com outras cinco investigações em psicoterapia, que tiveram por base as mesmas amostras, pelo que o material apresentado aos participantes incluiu mais medidas do que as que aqui se reportam.

Esta opção permitiu partilhar tarefas comuns aos investigadores, dividir esforços no sentido de recrutar o maior número de participantes e, a nível futuro, realizar interligações entre os resultados encontrados por cada uma das investigações.

O peso natural da bateria de instrumentos de medida, inerentes a uma opção desta natureza, foi reduzido ao máximo, com a finalidade de não sobrecarregar excessivamente os participantes - o que nem sempre terá sido bem sucedido.

## **3. PARTICIPANTES**

### **3.1. Condições de Elegibilidade**

Dada a complexidade da formulação dos itens e a extensão da bateria de instrumentos, procurou-se garantir uma boa compreensão dos mesmos, afastando constrangimentos ou enviesamentos derivados ao nível de escolaridade ou de estados alterados de consciência.



Para esse efeito foram considerados os seguintes factores como critérios de exclusão: pacientes que se situam no agrupamento das psicoses, pacientes que têm como problema central o abuso de substâncias e pacientes que ainda não têm o décimo primeiro ano de escolaridade. Não foram definidos critérios de exclusão para os psicoterapeutas.

### **3.2. Período de Recolha de Dados**

A recolha de dados foi realizada durante o ano lectivo de 2007/2008, sem controlar as recusas de adesão à participação no estudo, pelo que se pensa tratar de uma amostra motivada para participar em investigação e, provavelmente, motivada com a terapia que frequentam e com os resultados que obtêm.

### **3.3.Dimensão da amostra**

Este estudo realizou-se com uma amostra de conveniência de 39 psicoterapeutas e 31 pacientes a realizar terapia, maioritariamente em contexto privado.

### **3.4. Caracterização da Amostra**

#### **3.4.1. Terapeutas**

Participaram 39 terapeutas (33 mulheres), entre os 23 e os 52 anos de idade ( $M = 33$  anos), com uma experiência clínica entre 1 e 24 anos ( $M = 7$  anos).

Mais de metade da amostra (59%) exerce a sua prática clínica exclusivamente em gabinete privado. Quinze por cento exercem a sua prática em contexto de instituição pública e 25.6% trabalham em ambos os contextos.

Cinquenta e quatro por cento dos terapeutas da amostra descrevem-se como sendo de orientação integrativa, 23% de orientação cognitivo-comportamental, 10% de orientação dinâmica, 8% de orientação sistémica e 5% de orientação humanista.

#### **3.4.2. Pacientes**

Participaram 31 pacientes (58,1% mulheres), com idades compreendidas entre os 17 e os 50 anos ( $M = 30,8$ ).

Cinquenta e três por cento da amostra tem o ensino secundário, 43% possui licenciatura e 4% tem ensino pós-graduado. Cinquenta e cinco por cento não estão empregados.

Os dados demográficos dos participantes são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 2.1. Caracterização dos Participantes**

		<b>Terapeutas</b>		<b>Pacientes</b>	
		x	%	x	%
<b>N</b>		39		31	
<b>Idade (anos)</b>					
	M	33		30,8	
	DP	7,4		9,07	
	Mínima	23		17	
	Máxima	52		50	
<b>Sexo</b>					
	Feminino	33	84,6%	18	58,1%
	Masculino	6	15,4%	13	41,9%
<b>Experiência Clínica (anos)</b>					
	M	7			
	D	5,3			
	Mínima	1			
	Máxima	24			
<b>Orientação Teórica</b>					
	Cognitivo-Comportamental	9	23%		
	Dinâmica	4	10%		
	Integrativa	21	54%		
	Humanistas	2	5%		
	Sistêmica	3	8%		
<b>Local de trabalho</b>					
	Público	6	15,4%		
	Privado	23	59%		
	Público e Privado	10	25,6%		
<b>Escolaridade</b>					
	11º/12º			16	53%
	Licenciatura			13	43%
	Ensino pós-graduado			1	4%
<b>Estado laboral actual</b>					
	Empregado			14	45,2%
	Desempregado			17	54,8%

#### **4. MEDIDAS: INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO**

##### **4.1. EDRS - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional**

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, de Gratz & Roemer, 2004 - adaptado para a População Portuguesa por Machado Vaz & Branco Vasco, 2008) foi concebida com o objectivo de avaliar as dificuldades de regulação emocional de forma mais abrangente e compreensiva do que as medidas existentes até ao momento, no âmbito da regulação emocional.

##### **4.1.1. Constituição**

Os itens da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional foram desenvolvidos e seleccionados com o objectivo de avaliar as dificuldades nas diversas dimensões da regulação emocional: (a) atenção e compreensão das emoções; (b) aceitação das emoções; (c) capacidade de se envolver em comportamentos orientados para objectivos e evitar comportamentos impulsivos após experienciar emoções negativas e (d) utilizar estratégias de regulação emocional efectivas e adaptadas.

Esta escala é constituída por 36 itens, cuja resposta implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos, numa escala de 7 pontos (em

que o 1 corresponde a "quase nunca", o 2 corresponde a "algumas vezes", o 3 corresponde a "cerca de metade do tempo", o 4 corresponde a "a maioria do tempo" e por fim o 5 corresponde a "quase sempre").

O resultado final da EDRS reflecte a flexibilidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional, eficazes e adaptadas à situação.

#### **4.1.2. Qualidades Psicométricas**

Dois estudos foram desenvolvidos por Gratz e Roemer (2004) com o objectivo de avaliar a estrutura factorial, a consistência interna e a validade preditiva da *EDRS*.

Os seus resultados forneceram suporte para a utilização da *EDRS*, tendo sido identificadas seis dimensões representativas de seis dificuldades no processo de regulação emocional: (a) não experienciação da activação emocional; (b) dificuldade de compreensão da resposta emocional; (c) não-aceitação da resposta emocional; (d) dificuldades no envolvimento em comportamentos para acção na ocorrências de emoções desadaptativas; (e) dificuldades na compreensão da resposta emocional; (f) dificuldades de controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas.

Os resultados obtidos, por um lado, evidenciam a importância de distinguir entre activação e compreensão

da resposta emocional e, por outro, suportam empiricamente a conceptualização multidimensional da regulação emocional.

Desta feita, este foi o instrumento seleccionado para avaliar a regulação emocional dos terapeutas, uma vez que o faz de forma mais abrangente e compreensiva do que as medidas existentes até ao momento, no âmbito da regulação emocional.

#### **4.2. DPCCQ Portuguese-Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (Orlinsky & Ronnestad, 1999)**

##### **4.2.1. Constituição**

O DPCCQ é constituído por 392 itens, repartidos por várias escalas. A maioria destes itens tem uma estrutura de resposta em escala ou *checklists*, com a finalidade de estandardizar e facilitar a resposta, embora o questionário também inclua perguntas de resposta aberta.

As escalas que constituem o DPCCQ são:

- Escala 1 - identificação pessoal
- Escala 2 - identificação profissional
- Escala 3 - experiência clínica
- Escala 4 - percurso de desenvolvimento na carreira
- Escala 5 - experiência de terapia pessoal
- Escala 6 - orientação teórica actual

- Escala 7 - desenvolvimento profissional
- Escala 8 - prática clínica actual
- Escala 9 - dificuldades na prática clínica
- Escala 10 - caracterização da pessoa do terapeuta
- Questões de resposta aberta

#### **4.2.2. Origem e desenvolvimento do DPCCQ**

O DPCCQ foi originalmente concebido em inglês por um grupo multilingue constituído por investigadores alemães, americanos, belgas, holandeses, ingleses, italianos e suíços.

##### **4.2.2.1. Versão Portuguesa do DPCCQ**

A tradução do DPCCQ para português ocorreu em 1999 e esteve a cargo do Professor Doutor António Branco Vasco que integrou a *Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research*.

##### **4.2.2.2. Subescalas utilizadas no presente estudo**

No que concerne ao DPCCQ, este estudo apenas faz uso da nona escala deste questionário, oitava escala da tradução para a língua portuguesa, apenas nas subescalas que dizem respeito às *Dificuldades* sentidas pelo terapeuta (itens 8-1 a 8-21 da tradução portuguesa do DPCCQ) e ao *Estilo ou Modo Real* (itens 8-49 a 8-88 da tradução portuguesa do DPCCQ).

A **subescala de Dificuldades** é uma escala de Likert, com vinte e uma questões, em que o terapeuta deverá assinalar a frequência com que experiencia cada uma das dificuldades referidas, numa escala de 0 a 5, em que o zero (0) corresponde a "Nunca" e o cinco (5) a "Frequentemente".

Já a **subescala de Estilo ou Modo Real**, embora sendo uma só subescala inclui doze itens que dizem respeito à categoria de *Agência Relacional*, seleccionados pelos clínicos/investigadores que desenharam o DPCCQ, com base na sua experiência clínica, e dezasseis itens que dizem respeito ao *Modo Relacional*.

Os itens respeitantes ao Modo Relacional foram encontrados pela selecção de dois adjectivos para cada um dos octantes do modelo circumplexo de Leary(1957).

A subescala de Likert do Estilo ou Modo Real, é uma escala de resposta de quatro pontos, em que o zero(0) corresponde a "Nada" e o três(3) a "Muito".

Por ser um instrumento tão abrangente, rico, utilizado em diversos países e traduzido em português, o DPCCQ foi o instrumento escolhido para avaliar estas dimensões no presente estudo.



### **4.3. WAI-S - Working Alliance Inventory - Short Form**

#### **4.3.1. Escala Original WAI**

Trata-se de uma versão mais reduzida do que a original Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), um inventário de 36 itens, baseado na conceptualização tripartida de Bordin (1979) acerca da relação terapêutica: (1) laço, (2) acordo relativamente a objectivos e (3) acordo relativamente às tarefas.

Por conseguinte, o WAI é constituído por três subescalas de aliança, desenhadas para capturar o acordo entre terapeuta e paciente relativamente à força do laço, aos objectivos e ao nível de acordo sobre as tarefas.

A resposta a este inventário implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos e pensamentos acerca do outro elemento da díade terapêutica, numa escala de 7 pontos (de "nunca" a "sempre").

A consistência interna para a escala global varia entre .87 e .93; é elevada para as subescalas (.92 para o Laço, .92 para as Tarefas, e .89 para os Objectivos; Horvath & Greenberg, 1989).

#### **4.3.2. Versão Reduzida - WAI-S**

##### **4.3.2.1. Constituição**

Relativamente à versão mais reduzida, o WAI-S, aplicado no presente estudo, é constituído por 12 itens, 4 para cada subescala.

##### **4.3.2.2. Validade**

As subescalas do WAI-S apresentam características psicométricas comparáveis à escala original (Tracey & Kokotovic, 1989).

Com efeito, os itens para o WAI-S foram seleccionados escolhendo os quatro itens de cada subescala com o maior peso nos respectivos factores.

Em análises factoriais confirmatórias, Tracey e Kokotovic (1989) verificaram que as avaliações feitas por terapeutas e pacientes, numa primeira sessão, relativas ao WAI e ao WAI-S apoiavam uma estrutura factorial de dois níveis, isto é, um factor geral (General Working Alliance) e três factores específicos de cada subescala. Estes resultados forneceram evidência inicial a favor da validade do WAI-S, uma vez que a sua estrutura factorial era semelhante à escala original WAI.

Além disso as estimativas de consistência interna para as subescalas e escala global do WAI-S eram elevadas, para pacientes e terapeutas, variando entre .83 e .98.

Aquando da tradução para Português deste instrumento na sua versão reduzida (Conceição, N.; Medina, A.; Nave, A.C.; Vasco, A.B. & Moleiro, C., 2005), foram efectuadas análises factoriais exploratórias e confirmatórias que revelaram não se justificar alterar a estrutura das subescalas propostas originalmente por Tracey e Kokotovic (1989).

Nas análises desse estudo foram utilizados os resultados da média global das três subescalas, obtendo-se um índice de consistência interna (alpha de Cronbach) de .85 para a perspectiva do terapeuta e de .85 para a perspectiva do paciente.

#### **4.3.2.3. O WAI-S enquanto instrumento de avaliação da aliança Terapêutica**

Em estudos subsequentes, o WAI-S foi utilizado em substituição do WAI para medir o constructo de aliança terapêutica de Bordin (1979), partindo da suposição de que existe uma equivalência das duas medidas, mesmo que tenha sido relatada escassa informação psicométrica para complementar os resultados iniciais de Tracey e Kokotovic (1989). Mais tarde, Busseri e Tyler (2003) apresentaram um estudo que incidia sobre esta questão, revelando evidência directa acerca da equivalência acima referida.

Na sequência das vantagens apresentadas para o WAI-S optou-se por utilizá-lo no presente estudo, dada a facilidade da sua utilização por parte dos investigadores e dos participantes, o que adquire especial relevância num projecto como este, que implica a aplicação de numerosas medidas.

## **4. PROCEDIMENTO**

### **4.1. Material**

Elaboraram-se três blocos de material: dois Cadernos de Terapeuta (Caderno de Terapeuta 1 e Caderno de Terapeuta 2) e um Caderno de Paciente.

O Caderno de Terapeuta 1 (ver Anexo A) foi apresentado num conjunto de folhas A4 agraphadas, introduzidas num envelope com a mesma dimensão. Deste caderno faziam parte as escalas (EDRS e DPCCQ-P, entre outros instrumentos necessários a outras investigações da plataforma) às quais cada terapeuta deveria responder apenas uma vez.

Os Caderno de Terapeuta 2 (ver Anexo B), constituído pela folha de rosto do terapeuta e a escala WAI-S(t), entre outras, e o Caderno de Paciente (ver Anexo C), composto pelas instruções para o paciente e pelas escalas WAI-S(p), que visavam a obtenção de medidas específicas relativas a um cliente em particular. Tais cadernos eram apresentados também em folhas A4, mas desta feita dobradas e introduzidas num envelope de dimensão mais reduzida, em formato A5.

Com a finalidade de evitar o efeito de enviesamento associado à ordem de apresentação das escalas, procedeu-se à inversão da ordem de apresentação das mesmas, em metade dos cadernos (Terapeuta 1, Terapeuta 2 e

Paciente). Desta feita, surgem duas apresentações diferentes para cada tipo de caderno em que metade apresenta uma versão de sequência dos instrumentos e a outra metade apresenta uma sequência diferente.

Como introdução aos três Cadernos, uma folha A4 fazia uma breve apresentação do estudo, identificava o grupo de investigação e um contacto para esclarecimentos adicionais, especificava também os critérios de participação (ver Anexo D).

O preenchimento particular de qualquer um dos referidos Cadernos obedecia ainda a instruções padronizadas, explicitadas de uma forma clara.

#### **4.2. Tarefas propostas aos participantes**

Os terapeutas que se disponibilizaram para participar tinham duas tarefas: responder às medidas dos Cadernos do Terapeuta 1 e 2, e servir de intermediários entre os investigadores e os seus pacientes, entregando e recolhendo o Caderno de Paciente àqueles que aceitassem colaborar.

Os cadernos dos participantes eram respondidos após uma sessão de terapia. Solicitava-se que o terapeuta respondesse ao Caderno do Terapeuta 2, relativamente à mesma sessão face à qual o seu paciente também respondia, permitindo a recolha de dados do terapeuta e do paciente. No entanto o terapeuta era informado de que, quando este

procedimento não fosse possível, também seria útil a colaboração com dados de apenas um dos participantes, entregando aos investigadores as suas avaliações ou a dos seus pacientes, de forma independente.

O mesmo terapeuta podia responder apenas uma vez ao Caderno do Terapeuta 1, mas participar várias vezes com o Caderno do Terapeuta 2, consoante o número de pacientes que estivesse disposto a avaliar. No entanto, no que respeita a este Caderno do Terapeuta 2, era pedido ao terapeuta que não repetisse o mesmo paciente a que se referia a avaliação, e que respondesse ao maior número possível de cadernos, apontando-se como mínimo o preenchimento de três cadernos.

Era ainda pedido que desses três cadernos, o terapeuta, tendo essa possibilidade, pudesse escolher um processo que considerasse que estava a correr de acordo com as suas expectativas, e um outro em que sentisse mais dificuldades. Cada paciente podia apenas participar uma vez.

Solicitou-se aos terapeutas que atribuíssem códigos aos pacientes e que os registassem no envelope do Caderno do Paciente que recolham selado, e no seu Caderno do Terapeuta, para que os investigadores pudessem identificar as díades, quando era o caso.

#### **4.3. Garantias subjacentes à participação**

A participação deu-se sob consentimento informado, de forma voluntária e não remunerada.

Foi também garantida a confidencialidade ao paciente, assegurando-lhe que o terapeuta não teria acesso às suas respostas, uma vez que o Caderno do Paciente devia ser devolvido em envelope fechado, sob risco de não ser aceite para a investigação.

#### **4.4. Codificação dos cadernos recolhidos**

Antes de abrir os envelopes para a introdução dos dados na base de dados, procedeu-se à atribuição de números que substituíssem a identificação dos terapeutas, de modo a proteger a sua confidencialidade, bem como de todos os dados recolhidos. Com o material de investigação recolhido, foi criada uma base de dados informatizada.



### III. RESULTADOS

Os dados foram analisados no programa informático "Statistical Program for Social Sciences - SPSS" (Versão 16.0), com o objectivo de obter uma análise estatística das variáveis utilizadas e realizar os testes adequados às questões de investigação e hipóteses propostas.

#### 1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

Iniciou-se por testar a consistência interna das escalas, utilizando para o efeito o índice de alpha de Cronbach (Tabela 2.2; 2.3; 2.4 e 2.5).

**Tabela 2.2.** Resultados da consistência interna da Escala EDRS

	N	$\alpha$
EDRS	32	.81

No que respeita à EDRS, obteve-se um bom nível de consistência interna ( $\alpha=.81$ ). No entanto, embora tenhamos um bom alpha ( $\alpha=.81$ ), esta apresenta uma correlação de item total baixa, relativamente a alguns itens, sugerindo-nos a retirada de alguns deles.

Porém, após uma análise mais profunda, verificou-se que mesmo eliminando alguns desses itens a variação de  $\alpha$  não era significativa. Por outro lado, como a escala está

também a ser aferida para a população portuguesa, por outros elementos desta mesma plataforma de investigação, a decisão tomada foi a de não retirar itens, mantendo a escala tal como está a ser tratada para a sua aferição.

**Tabela 2.3.** Resultados da consistência interna das Escalas e Sub-escalas de Estilo ou Modo Real da DPCCQ

	N	$\alpha$
DPCCQ-EMR	36	.76 <sup>(1)</sup>
DPCCQ-EMR-AR	36	.65
DPCCQ-EMR-AR-I	38	.54 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-AR-E	37	.35 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-AR-P	36	.56 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR	37	.75
DPCCQ-EMR-MR-Af	38	.70
DPCCQ-EMR-MR-Ac	37	.26 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR-Dom	38	.57 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR-Res	38	.29 <sup>(a)</sup>

Nota: DPCCQ EMR- Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (Orlinsky & Rønnestad, 1999), Sub-escala de "Estilo ou Modo Real"; DPCCQ-EMR-AR = categoria de Agência Relacional; DPCCQ-EMR-AR-I = Sub-categoria Investido; DPCCQ-EMR-AR-E = Sub-categoria Eficaz; DPCCQ-EMR-AR-P = Sub-categoria Perplexo; DPCCQ-EMR-MR = Categoria de "Modo Relacional"; DPCCQ-EMR-MR-Af = Sub-categoria Afirmativo; DPCCQ-EMR-MR-Ac = Sub-categoria Acomodativo; DPCCQ-EMR-MR-Dom = Sub-categoria Dominante; DPCCQ-EMR-MR-Res = Sub-categoria Reservado

(a) Valores de alpha não significativos

No que concerne ao estilo ou modo real (DPCCQ-EMR), obteve-se um bom nível de consistência interna de  $\alpha=.76$ . Seguidamente, e ainda no domínio da averiguação da consistência interna, obteve-se um nível aceitável de consistência interna das duas dimensões do estilo ou modo real referidas pelos autores: a agência relacional

(DPCCQ-EMR-AR), que apresenta um  $\alpha=.65$ , e o modo relacional (DPCCQ-EMR-MR), com um  $\alpha=.75$ .

No que respeita às sub-dimensões apresentadas por Orlinsky & Ronnestad (2005) dentro da categoria de agência relacional (as sub-escalas investido, eficaz e perplexo) e do modo relacional (sub-escalas afirmativo, acomodativo, dominante e reservado), não se verificou um valor de consistência interna aceitável, que permitisse assegurar que estas sub-escalas de facto avaliam aquilo a que se propõem.

No entanto, os autores (Orlinsky & Ronnestad, 2005) também não obtiveram consistência interna significativa para todas estas sub-dimensões. Posto isto, parece não haver indicação para rever os itens uma vez que os próprios autores, com uma amostra internacional ampla e com um N muito expressivo, optaram por não o fazer.

Na Tabela 2.3.1. são apresentados os dados derivados da comparação da consistência interna de cada uma das sub-escalas obtidas por Orlinsky & Ronnestad (2005), com a consistência interna obtida nas mesmas sub-escalas, pelo presente estudo, com a presente população.

**Tabela 2.3.1. Comparação de índices de consistência interna**

	<b><math>\alpha</math> Autores</b>	<b><math>\alpha</math> Presente estudo</b>
DPCCQ-EMR-AR-I	.67	.54 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-AR-E	.59 <sup>(a)</sup>	.35 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-AR-P	.38 <sup>(a)</sup>	.56 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR-Af	.69	.70
DPCCQ-EMR-MR-Ac	.56 <sup>(a)</sup>	.26 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR-Dom	.59 <sup>(a)</sup>	.57 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-EMR-MR-Res	.65	.29 <sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup>Os valores não significativos de alpha

Face aos dados apresentados, verificou-se não ser possível construir as sub-escalas investido, eficaz e perplexo, da escala agência relacional; bem como as sub-escalas acomodativo, dominante e reservado, do modo relacional, por apresentarem valores inaceitáveis a este nível ( $\alpha \leq .60$ , destacados na Tabela 2.3.1).

Em presença destes dados, optou-se por trabalhar as categorias que apresentam consistência interna significativa, o que não acontece em nenhuma das sub-categorias de agência relacional e apenas acontece na sub-categoria de estilo afirmativo do modo relacional, deixando, por este motivo, cair as hipóteses que as implicavam.

**Tabela 2.4.** Resultados da consistência interna das Escalas e Sub-escalas de Dificuldades do DPCCQ

	N	$\alpha$
DPCCQ-Dif	37	.87 <sup>(2)</sup>
DPCCQ-Dif-DDP	37	.81
DPCCQ-Dif-FIT	38	.49 <sup>(a)</sup>
DPCCQ-Dif-RPN	38	.75

Nota: DPCCQ-Dif = Sub-escala de dificuldades percebidas;  
 DPCCQ-Dif-DDP = Categoria de Dúvidas de Desempenho Profissional;  
 DPCCQ-Dif-FIT = Categoria de Frustração na Intervenção Terapêutica;  
 DPCCQ-Dif-RPN = Categoria de Reação Pessoal Negativa

(a) Valores de alpha não significativos

No que respeita à escala de dificuldades sentidas na prática terapêutica, esta apresenta um  $\alpha = .87$ , que é indicador de um bom nível de consistência interna. Quanto às suas sub-escalas, a de dúvidas de desempenho profissional ( $\alpha = .81$ ) e a de reacção pessoal negativa ( $\alpha = .75$ ), apresentam boa consistência interna e por isso continuam em estudo. Já a sub-escala de frustração na intervenção terapêutica ( $\alpha = .49$ ), por não apresentar consistência interna, não continua em estudo.

**Tabela 2.5.** Resultados da consistência interna do WAI-S

	N	$\alpha$
WAI-S (T)	24	.71
WAI-S (P)	24	.72

Nota: (T) = Terapeutas  
 (P) = Pacientes

Para o WAI-S para terapeutas e o WAI-S para pacientes, obtiveram-se níveis de consistência interna aceitáveis de respectivamente  $\alpha=.71$  e  $\alpha=.72$ .

## **2. MEDIDAS DE DISPERSÃO E DE TENDÊNCIA CENTRAL DAS ESCALAS**

Apresenta-se os valores relativos à média e ao desvio padrão apenas das Escalas e Subcategorias validadas na análise de consistência interna (ver tabelas 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5)

**Tabela 3.1. Médias e desvio padrão da Escala EDRS**

<b>Escalas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
EDRS	32	4.21	.31

Olhando para a tabela 3.1 e sabendo que a escala de resposta do EDRS varia entre 1 e 5, constata-se a presença de uma amostra com boas capacidades médias de regulação emocional ( $M=4.21$ ,  $DP=.31$ ).

**Tabela 3.2. Médias e desvio padrão das Escalas e Sub-escalas DPCCQ Modo Real**

<b>Escalas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
DPCCQ-EMR	36	2.13	.23
DPCCQ-EMR-MR	37	2.21	.22
DPCCQ-EMR-MR-Af	38	2.45	.43
DPCCQ-EMR-AR	36	2.16	.31

Já no que respeita ao DPCCQ estilo ou modo real, e sabendo que a resposta a cada item pode variar entre 0 e 3, pode dizer-se que estamos perante uma amostra com boas capacidades ao nível do estilo ou modo real de funcionamento ( $M=2.13$ ,  $DP=.23$ ), assim como apresenta boas capacidades de agência relacional, no seu estilo ou modo real ( $M=2.16$ ,  $DP=.31$ ).

Dentro do modo relacional do estilo ou modo real do terapeuta, destaca-se o bom nível da categoria afirmativo ( $M=2.45$ ,  $DP=.43$ ).

**Tabela 3.3. Médias e desvio padrão das Escalas EDRS, Escala e Sub-escalas DPCCQ Dificuldades**

<b>Escalas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
DPCCQ-Dif	37	1.23	.48
DPCCQ-Dif-DDP	37	1.59	.61
DPCCQ-Dif-RPN	38	.98	.58

Os terapeutas desta amostra apresentam níveis baixos ( $M=1.23$ ,  $DP=.48$ ) no que diz respeito às dificuldades (esta escala tem possibilidade de resposta entre 0 e 5) sentidas pelos próprios, em contexto de terapia.

Quanto aos resultados das outras duas categorias das dificuldades na prática sentidas pelos terapeutas, com boa consistência interna, parecem apontar para que os terapeutas sentem poucas dificuldades ao nível das dúvidas de desempenho profissional ( $M=1.59$ ,  $DP=.61$ ), e aparentemente terão ainda menos dificuldades no que concerne às respostas de reacção pessoal negativa, na prática terapêutica ( $M=.98$ ,  $DP=.58$ ).

**Tabela 3.4. Médias e desvio padrão da Escala WAI-S**

<b>Escalas</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
WAI-S (T)	24	4.98	1.20
WAI-S (P)	24	5.52	1.56

No que respeita ao WAI-S, as possibilidades de resposta à escala variam entre 1 e 7, pelo que parece ser uma amostra que em média avalia a aliança como bastante positiva, sendo que os pacientes ( $M=5.52$ ,  $DP=1.56$ ), na sua generalidade a consideram melhor que os terapeutas ( $M=4.98$ ,  $DP=1.20$ ).



### **3. RESULTADOS DA INFLUÊNCIA DA "REGULAÇÃO EMOCIONAL" NO "ESTILO OU MODO REAL" DO TERAPEUTA**

Com o intuito de estudar a influência da regulação emocional no estilo ou modo real do terapeuta (Hipótese 1.), realizou-se uma regressão linear simples, a qual nos dá a informação de que a regulação emocional explica 16.9% da variância dos resultados relativos ao estilo ou modo real do terapeuta ( $\beta=.41$ ;  $t=2.67$ ;  $p<.05$ ), o que nos permite afirmar que a regulação emocional é um preditor positivo significativo desta variável.

A regulação emocional relaciona-se com o estilo ou modo real do terapeuta, relação esta que pode ser traduzida na equação de regressão seguinte:

$$\text{EDRS} = .83 + .41 \times \text{DPCCQ-EMR}$$

Deste modo, podemos inferir que um aumento ao nível do valor médio da regulação emocional implicará com grande probabilidade um aumento ao nível dos valores médios do estilo ou modo real do terapeuta, num factor de 0.41.

#### **3.1. Resultados da influência da "Regulação Emocional" no "Modo Relacional" do "Estilo ou Modo Real" do Terapeuta**

No que respeita à Hipótese 1.1. de que a regulação emocional seria um bom preditor positivo da categoria de modo relacional, o que se verifica é que a regulação

emocional não é um preditor significativo desta variável, uma vez que temos um nível de significância de  $p=.069$ .

### **3.1.1. Resultados da influência da "Regulação Emocional" na sub-dimensão afirmativa do "Modo Relacional" do Terapeuta**

Ainda dentro da categoria de modo relacional, explorou-se também a hipótese de que a regulação emocional pudesse ser preditor do modo relacional afirmativo, subcategoria do modo relacional do terapeuta. O que se verificou foi que o nível de significância não é significativo ( $p=.276$ ), resultado expectável, uma vez que também para o modo relacional não se verificou que a regulação emocional pudesse ser um preditor significativo.

### **3.2. Resultados da influência da "Regulação Emocional" no "Estilo ou Modo Real" - Agência Relacional**

Já no que concerne à agência relacional, verifica-se que a regulação emocional é um preditor positivo significativo, explicando 21.7% da variância dos resultados ( $\beta=.47$ ;  $t=3.11$ ;  $p<.01$ ). Este resultado permite-nos dizer que a regulação emocional explica mais variância da agência relacional do que variância de modo real global.

### **3.3. Resultados da influência da "Regulação Emocional" nas "Dificuldades" do Terapeuta na sua prática clínica**

Já no que respeita às dificuldades sentidas pelo terapeuta, e no sentido do proposto pela Hipótese 2.1., foi possível aferir que a regulação emocional é um bom preditor negativo significativo das dificuldades sentidas pelo terapeuta ( $\beta = -.66$ ;  $t = -5.19$ ;  $p < .001$ ), explicando 42% da variância dos resultados.

É esperado que um aumento ao nível do valor médio da regulação emocional implique com grande probabilidade uma diminuição ao nível dos valores médios das dificuldades, num factor de -0.66.

A regulação emocional relaciona-se matematicamente com as dificuldades sentidas pelo terapeuta, com base na seguinte equação de regressão:  $EDRS = 5.43 - .66 \times DPCCQ-Dif.$

Seguidamente e com o intuito de analisar a Hipótese 2.1.1, de que a regulação emocional se relacionaria com as dimensões das dificuldades, sendo um bom preditor negativo destas, efectuou-se a regressão agora com as dimensões das dificuldades.

### 3.3.1. Resultados da influência da "Regulação Emocional" nas "Dificuldades" do Terapeuta na sua prática clínica - dimensão Dúvidas de Desempenho Profissional

Da regressão efectuada, foi possível concluir que, no sentido do disposto na hipótese 2.1.1, a regulação emocional explica 35.8% da variância dos resultados das dificuldades de dúvidas de desempenho profissional DPCCQ-Dif-DDP ( $\beta = -.60$ ;  $t = -4.42$ ;  $p < .001$ ).

Na averiguação da segunda parte da mesma hipótese (2.1.1.) verificou-se que a regulação emocional tem um forte poder explicativo da variância dos resultados das dificuldades da dimensão reacção pessoal negativa, explicando 42.7% desta variância ( $\beta = -.65$ ;  $t = -5.10$ ;  $p < .001$ ).

**Tabela 3.5. Síntese das variáveis dependentes para as quais a "Regulação Emocional" é preditora**

	N	$\beta$	t	p
DPCCQ-EMR	36	.41	2.67	<.05
DPCCQ-EMR-AR	36	.47	3.11	<.01
DPCCQ-Dif	37	-.66	-5.19	<.001
DPCCQ-Dif-DDP	37	-.60	-4.42	<.001
DPCCQ-Dif-RPN	38	-.65	-5.10	<.001

### **3.4. Resultados da influência da "Regulação Emocional" na "Aliança" Terapêutica**

No que respeita à aliança e à hipótese 3.1. de que a regulação emocional poderia ser um bom preditor positivo dos resultados da aliança e suas subcategorias, correlacionou-se a regulação emocional com a aliança percebida pelos terapeutas ( $r = -.022; ns$ ), que se revelou não significativa.

Por outro lado, também se correlacionou a regulação emocional dos terapeutas com a aliança percebida pelos pacientes o que voltou a revelar-se uma correlação não significativa ( $r = .019; ns$ ).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O primeiro objectivo deste estudo consistiu em averiguar se a dimensão regulação emocional do terapeuta teria impacto no seu estilo ou modo real de funcionamento. Neste domínio foram utilizadas as categorias de estilo ou modo real do terapeuta, descritas por Orlinsky e Ronnestad (2005). Nesta conceptualização, o estilo ou modo real é composto pelas dimensões de agência relacional e modo relacional.

Assim, averiguou-se se estas dimensões, agência relacional e modo relacional, apresentavam bons níveis de consistência interna com esta amostra, por forma a que se pudessem utilizar neste estudo. De facto, os resultados apontam para níveis aceitáveis de consistência interna nas duas dimensões, pelo que se pôde averiguar se haveria impacto da capacidade de regulação emocional dos terapeutas, na agência e no modo relacional, para além da dimensão global de estilo ou modo real.

Ainda segundo os mesmos autores, cada uma destas dimensões de agência relacional e modo relacional se subdivide noutras.

As sub-escalas que constituem a agência relacional do estilo ou modo real do terapeuta, segundo os autores, seriam as sub-escalas investido, eficaz, e perplexo, que

nesta amostra não apresentam níveis de consistência interna que permitam assegurar que estas sub-escalas de facto avaliam aquilo a que se propõem. Por este motivo, não foram realizadas mais operações que as implicassem, o que também tem repercussão ao nível das hipóteses colocadas, uma vez que algumas das hipóteses assumiam as mesmas.

Já no que respeita às sub-escalas, também propostas pelos autores, no domínio modo relacional do estilo ou modo real do terapeuta, as sub-escalas de acomodativo, dominante e reservado, também não apresentaram níveis mínimos de consistência interna para esta amostra, no entanto, a sub-escala afirmativo demonstrou, pelo que se manteve em estudo. É curioso que, ao rever literatura, encontramos que os autores (Orlinsky & Ronnestad, 2005), aquando do estabelecimento destas sub-categorias também não obtiveram consistência interna significativa para todas elas, ainda que com uma amostra internacional ampla e com um número de participantes muito expressivo. Nessa investigação, no que respeita às sub-escalas da agência relacional e do modo relacional, apenas se obteve um nível aceitável de consistência interna nas sub-escalas investido de agência relacional do estilo ou modo real, e as sub-escalas afirmativo e reservado, de modo relacional, do estilo ou modo real.

Seguem-se as escalas relativas às dificuldades sentidas pelos terapeutas na sua prática clínica. Neste domínio a escala de dificuldades e as suas sub-escalas dúvidas de desempenho profissional, e reacção pessoal negativa, apresentaram níveis de significância aceitáveis. Já a sub-escala frustração na intervenção terapêutica, não continuou em estudo uma vez que não apresentou níveis significativos de consistência interna.

Após esta averiguação de consistência das escalas, verifica-se que a amostra, no que respeita aos terapeutas, revela boas capacidades de regulação emocional, com uma boa capacidade ao nível do estilo ou modo real de funcionamento. Dentro do estilo ou modo real, estamos em presença de uma amostra que apresenta boas capacidades de agência relacional, e de modo relacional.

Ainda no modo relacional do estilo ou modo real, esta amostra apresenta bons resultados no que respeita ao modo afirmativo.

No domínio das dificuldades, os terapeutas da presente amostra apresentam níveis baixos de dificuldades sentidas em contexto terapêutico, dentro destas dificuldades apresentam baixos níveis de dificuldades sentidas no domínio das dúvidas de desempenho



profissional e níveis ainda mais baixos de dificuldades ao nível de reacções pessoais negativas.

Procurou-se então compreender melhor a relação entre a regulação emocional e o estilo ou modo real do terapeuta. Os resultados demonstram que a diferenciação emocional é um preditor positivo do estilo ou modo real do terapeuta o que nos permite dizer que o aumento ao nível do valor médio da regulação emocional implicará com grande probabilidade um aumento ao nível dos valores médios do estilo ou modo real do terapeuta. Estes resultados vão no sentido de corroborar a hipótese levantada. Verificou-se ainda que apesar da diferenciação emocional ser um preditor positivo do estilo ou modo real do terapeuta, não o é da sua categoria de modo relacional, nem da sua sub-categoria afirmativo.

Ainda neste domínio, verifica-se que no que respeita à agência relacional, a regulação emocional é um bom preditor desta, conseguindo explicá-la numa percentagem ainda maior do que o grau de variância explicada do modo real global.

No que concerne a este resultado, e interpretando-o à luz da conceptualização que Orlinsky & Ronnestad (2005) fazem destas duas dimensões encontra-se que a categoria de agência relacional se prende com as qualidades do terapeuta que promovem transformações no outro enquanto

que segundo os mesmos autores, a categoria de modo relacional envolve a percepção que o terapeuta possui acerca do contributo das suas características pessoais para a criação do laço terapêutico, dando estes autores como exemplos de características pessoais idade, género, etnia, aparência, forma de vestir, tipo de voz e outras características pessoais (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Tomando em conta esta conceptualização dos autores parece fazer sentido que a regulação emocional possa estar mais relacionada com a dimensão de agência, do que com o modo relacional, tal como os resultados indicam. Mais ainda, uma vez que os resultados de estilo ou modo real englobam estas duas dimensões, também é esperado que o impacto da regulação emocional possa ser mais significativo na dimensão de agência relacional do que no estilo ou modo real, que também inclui o modo relacional que faz baixar este resultado.

No que respeita às dificuldades, foi possível corroborar a hipótese de que a regulação emocional é um bom preditor negativo das dificuldades do terapeuta, explicando 42% da variância dos resultados. Desta forma é esperado que um aumento ao nível do valor médio da regulação emocional implique com grande probabilidade, uma diminuição ao nível dos valores médios das dificuldades.

Já a propósito das hipóteses de que a regulação emocional também é um bom preditor negativo das subcategorias das dificuldades, conclui-se que se confirmam estas hipóteses. No que respeita às dificuldades de dúvidas de desempenho profissional, a regulação emocional explica 35.8% da variância desta categoria. Quanto à subcategoria de reacção pessoal negativa, a variância explicada é ainda maior, sendo a regulação emocional responsável por 42.7% da variância.

Os valores obtidos no domínio das dificuldades sentidas pelos terapeutas na sua prática clínica são muito expressivos. Olhando para a definição dos autores destas duas categorias constata-se que a categoria "Dúvidas de Desempenho Profissional" se encontra conceptualizada como o conjunto de sentimentos de insegurança acerca da eficácia com um paciente, de falta de confiança na sua capacidade para promover efeitos benéficos no paciente, de falta de capacidade para gerar momentos que façam avançar a terapia, de incapacidade para ajudar um paciente, e o sentimento de incapacidade em compreender a essência dos problemas do paciente.

Quando falamos de regulação emocional falamos da organização dos comportamentos adaptativos para lidar com eventos emocionalmente activadores. A este nível parece que uma melhor capacidade de regulação emocional pode

diminuir este tipo de sentimentos, não só pela possibilidade de que o terapeuta se sinta mais seguro de si e das suas capacidades, como pela capacidade de se organizar melhor, manifestando comportamentos mais adaptados para lidar com os eventos emocionalmente activadores que possam surgir em consulta, promovendo estratégias mais adequadas de se aproximar do paciente desbloqueando este tipo de dificuldades sentidas, referida por estes autores como a dimensão de dificuldades mais experienciada pelos terapeutas.

No que respeita à categoria de dificuldades no domínio da "Reacção Pessoal Negativa", e pelas razões acima apresentadas, era esperado que o impacto da regulação emocional pudesse ser ainda maior que na de "Dúvidas de Desempenho Profissional", conforme se confirmou. Isto porque as dificuldades de "Reacção Pessoal Negativa" reportam a situações mais dentro dos domínios do psicoterapeuta consigo próprio (ainda que em contexto clínico), do que a dimensão anterior que reportava mais a um contexto relacional, pelo que a regulação emocional poderá ter um maior impacto.

Por último, levantou-se a hipótese de que a regulação emocional seria um preditor positivo da aliança terapêutica e suas sub-categorias, hipótese esta que conjecturava que um aumento ao nível da regulação

emocional permitiria prever que muito provavelmente ocorreria um aumento ao nível da aliança. Embora a este nível não se tenham obtido resultados significativos.

Assim, encontramos que a regulação emocional parece ser uma variável de grande relevância ao nível das variáveis do terapeuta, uma vez que tem um impacto positivo no estilo ou modo real de funcionamento do terapeuta em terapia e tem um impacto muito significativo no que concerne às dificuldades sentidas pelo terapeuta na sua prática clínica.

Mais ainda, sabendo-se que quando se fala de regulação emocional fala-se da organização dos comportamentos adaptativos para lidar com eventos emocionalmente activadores (Gross, 1999), parece poder afirmar-se que uma boa capacidade de regulação emocional não só traz ganhos a ao nível da dimensão profissional do terapeuta, mas também do terapeuta enquanto pessoa, uma vez que para actuar de forma emocionalmente adaptada, os indivíduos necessitam de aprender a regular quer a sua experiência emocional, quer a sua expressão emocional (Fridja, 1986; Gross, 1999 cit in Greenberg, 2004). Assim, parece que para além das valências profissionais referidas no presente estudo, o investimento por parte do terapeuta em melhorar as suas capacidades de regulação emocional poderá trazer-lhe benefícios também a nível

peçoal, o que naturalmente se voltará a espelhar pela positiva no terapeuta enquanto profissional.

No que respeita ao facto de não se ter verificado o impacto da regulação emocional na aliança terapêutica, este resultado pode dever-se ao número total dos pacientes (N), uma vez que o número de pacientes participantes neste estudo é um número muito baixo.

Esta é uma das limitações que se apresentaram a este estudo. Pelo que, parece pertinente ver replicada esta correlação com um número de participantes mais significativo.

Ao nível da aliança encontra-se ainda que os pacientes a avaliam como melhor que os terapeutas. Podemos ler este resultado à luz de uma das hipóteses levantadas por Horvath & Symonds (1991), que se prende com a possibilidade de os terapeutas considerarem a aliança terapêutica com base em critérios teóricos, enquanto os pacientes a comparam com outras relações das suas vidas - o que não implica que, de acordo com a investigação, os pacientes não sejam bons juizes quando avaliam o poder reparador da relação terapêutica (Horvath & Symonds, 1991), pelo contrário, a avaliação feita pelo paciente tem-se revelado o melhor preditor do resultado da intervenção.

Outra das limitações desta investigação prende-se também com o facto de com um tão baixo número de respostas de pacientes, não se poder perceber o impacto que pode ter a regulação emocional do terapeuta, no modo como o terapeuta se relaciona com pacientes em cujos processos terapêuticos considere que estão a correr bem e em processos que considere que estão a correr menos bem.

Esta será uma sugestão futura de investigação. Neste domínio, também parece muito interessante poder investigar a relação da capacidade de regulação emocional do terapeuta com o seu grau de responsividade em terapia.

Levanta-se também a hipótese de um estudo futuro em que se possa averiguar se a capacidade de regulação emocional é significativamente diferente em terapeutas mais experientes e em terapeutas menos experientes.

Outra das possibilidades de estudo neste domínio prendem-se com a relação entre a regulação emocional no terapeuta e a sua capacidade para construir, manter, monitorizar e reparar a aliança terapêutica. Que a verificar-se poderia aumentar os bons resultados terapêuticos, uma vez que sabemos, como foi já atrás descrito que a qualidade da aliança é um dos preditores dos bons resultados da terapia.

Desta feita, parece importante continuar a trabalhar neste domínio das variáveis do psicoterapeuta, com

números mais expressivos de participantes que eventualmente possam permitir outras metodologias estatísticas, que possam dar ainda mais informações.

Finalmente, relativamente ao treino de psicoterapeutas, acredita-se que esta investigação possa ter contribuído para que se possam contemplar domínios de desenvolvimento das variáveis do terapeuta que sabemos importantes no processo terapêutico, a que a regulação emocional parece pertencer.

Concluindo, espera-se que a presente investigação possa ter contribuído para promover o interesse pelos domínios aqui trabalhados, para que neste campo, outras investigações possam surgir.



## REFERÊNCIAS

- Ackerman, B., Abe, J. & Izard, C. (1998). Differential emotions theory: mindful of modularity. In M. Mascolo & S. Griffin (Eds.) *What develops in emotional development?* New York: Plenum
- Ahn, H., & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy, *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Barrett, L.F. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579-599.
- Barrett, L.F., & Gross, J. J.(2001). Emotion representation and regulation: A process model of emotional intelligence. Chapter in T. Mayne & G. Bonnano (Eds.), *Emotion: Current Issues and Future Directions* (pp. 286-310). New York: Guilford.
- Bergin, A.E. (1977). Introduction. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. XV-XVI). New York: Pergamon Press.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S.L. Garfield & A.E. Bergin

(Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (2<sup>a</sup> ed., pp. 139-189). New York: Wiley

- Beutler, L.E., Bongar, B., & Shurin, J.N. (1998). *Am I crazy, or is it my shrink?* New York: Oxford University Press.

- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>a</sup> ed., pp. 257-310). New York: Wiley.

- Beutler, L.E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.

- Bohart, A.C. (2005). Evidence-Based Psychotherapy Means Evidence-Informed, Not Evidence-Driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 39-53.

- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 262-260.

- Busseri, M.A. & Tyler, J.D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment*, 15, (2), 193-197.

- Butler, S.F. & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.

- Carroll, K.M., Nich, C., & Rounsaville, B.J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 510-514.
  
- Carter, J.A. (2006). Theoretical pluralism and technical eclecticism. In C.D. Goodheart, A.E.Kazdin, & R.J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*, 63-80. Washington, DC: American Psychological Association.
  
- Castonguay, L.G., (1993). "Common factors" and "non-specific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286
  
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (Eds.) (2005). *Empirically supported principles of therapeutic change: Integrating common and specific therapeutic factors across major psychological disorders*. New York: Oxford University Press.
  
- Castonguay, L.G. & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY: Oxford University Press.
  
- Chambless, D.L. et al.(1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49 (2), 5-14.

- Chambless, D.L. et al.(1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 685-716.
- Conceição, N.; Medina, A.; Nave, A.C.; Vasco, A.B.; & Moleiro, C. (Março, 2005). Instrumentos de avaliação do processo terapêutico no Modelo de Complementaridade Paradigmática: Resultados preliminares. Poster apresentado no "4º Encontro de Psicologia. A Construção da Saúde no Séc. XXI", Lisboa, Portugal.
- Conceição, N. & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. In Vasco A. B. (Ed.) *Psychologica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Constantino, M.J., Castonguay, L.G. & Schut, A.J. (2002). The Working Alliance: A flagship for the scientific-practitioner model in psychotherapy. In G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on Process Research*. New York: Allyn & Bacon.
- Craighead, W.E., Sheets, E.S., Bjornsson, A.S. & Arnarson, E.O. (2005). Specificity and Nonspecificity in Psychotherapy. *Cil Psychol Sci Prac*, 12, 189-193.

- Crits-Cristoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 20-26.
  
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Beck, A.T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
  
- Elliot, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
  
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 16 (3), 319-324.
  
- Eysenck, H.J. (1959). Learning theory and behavior therapy. *Journal of Mental Science*, 105 (1), 61-75.
  
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
  
- Frank, J.D. & Frank, J.B (1991). *Persuasion and healing* (3.<sup>a</sup> ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
  
- Gershefski, J.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., & Elkin, I. (1996). Clients' perceptions of their treatment for

depression: I. Helpful aspects. *Psychotherapy Research*, 6, 245-259.

- Glaser, S.R. (1980). Rhetoric and psychotherapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 313-333). New York: Plenum.

- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

- Goldfried, M.R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.

- Goldfried, M.R. & Wolfe, B.E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting & Psychology*, 66, 143-150.

- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.

- Greenberg, L. (2004). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Greenberg, L.S., & Pinsof, W. (Eds.) (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.

- Grencavage, L.M., & Norcross J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.

- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, Present and Future. *Cognition and emotion*, 13 (5), 551-573.
  
- Henry, W.P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
  
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15, 9-23.
  
- Hill, M. (2004). *Diary of a country therapist*. NY: Haworth.
  
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counseling Psychology, 36, 223-233.
  
- Horvath, A.O. & Symons, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
  
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). *The heart & soul of change: what whorks in therapy*. Washington: American Psychological Association.
  
- Huppert, J.D., Fabbro, A., & Barlow, D.H. (2006). Evidence-based practice and psychological treatments. In C.D. Goodhart, A. E. Kazdin, & R.J. Sternberg (Eds.),

*Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*, 131-152. Washington, DC: American Psychological Association.

- Izard. C, & Harris, P. (1995). Emotional Development and Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.) *Developmental Psychopathology. Vol 2: Risk, disorder and adaptation*.(pp.467-503) New York: Cambridge University Press

- Kazdin, A.E. (2005). Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change. *Clin Psychol Sci Prac*, 12, 184-188.

- Lafferty, P., Beutler, L.E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.

- Lambert, M.J. (1989). The Individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.

- Lambert, M.J., & Barley, M.K. (2002). Research Summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* ,17-32. Oxford: Oxford University Press.

- Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (2004). *Introduction and Historical Overview*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.



- Lambert, M.J. and Ogles, B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 139-193. New York: Wiley.
  
- Lampropoulos, G.K. (2000). Evolving Psychoterapy Integration: Selection and Prescriptive of Common Factors in Therapy. *Psychoterapy*. Vol 37, 4, 285-297.
  
- Lazarus, A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw Hill.
  
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
  
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press
  
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
  
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krausse, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 2-12.
  
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K. D. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
  
- Mascolo, M. & Griffin, S. (1998). *What develops in emotional development*. New York: Plenum Press.
  
- Mays, D.T., & Franks, C.M. (Eds.) (1985). *Negative effects in psychotherapy*. New York: Springer.
  
- Millon, T. (1999). *Personality guided therapy*. New York: John Wiley.
  
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.
  
- Mohr, D.C. (1995). *The role of proscription in psychotherapy*. *Psychotherapy*, 32, 187-193.
  
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (2002). *A Guide to Treatments That Work* (2.<sup>a</sup> Edição). New York: Oxford University Press.
  
- Norcross, J.C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 710-713.
  
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford Press.

- Norcross, J.C., Dryden, W., & DeMichele, J.T. (1992). British clinical psychologists and personal therapy: What's good for the goose? *Clinical Psychology Forum*, 44, 29-33.
  
- Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D.J., & Missar, C.D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapist's personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36-43.
  
- Orlinsky, D.E. (1989). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*, 9, 413-441.
  
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed.), pp. 270-376. New York: Wiley.
  
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> ed.), pp.311-381. New York: Wiley.
  
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5<sup>th</sup> ed.), pp. 307-390. New York: Wiley.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists Develop*. Washington: American Psychological Association.
  
- Orlinsky, D.E., Norcross, J.C., Ronnestad, M.H., & Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of psychotherapists' personal therapy: A research review. In J.D. Geller, J.C. Norcross, & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
  
- Pinsof, W.M. (1986). The process of family therapy: The development of the Family Therapist Coding System. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
  
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*, pp. 303-313. New York: Oxford University Press.
  
- Rosensweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
  
- Safran, J. D., & Murran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.
  
- Salvio, M.A., Beutler, L.E., Wood, J.M., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.

- Sloane, R.B., Staples, F.R., Christol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
  
- Sroufe, A. (1996). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
  
- Stark, M. (1999). *Modes of therapeutic action: Enhancement of knowledge, provision of experience, and engagement in relationship*. Northvale, NJ: Aronson.
  
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 791-802.
  
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
  
- Strupp, H.H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist's contribution. In A.S. Gurman & A.M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 4-22). New York: Pergamon Press.
  
- Strupp, H.H. (1978). Psychotherapy research & practice: An overview. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2<sup>a</sup> ed., pp. 3-22). New York: Wiley.

- Tracey, T. J. & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. Psychological Assessment 1, 207-210.
  
- Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J. W. Goodyear, R.K., Claiborn, C. & Wampold, B.E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401-413.
  
- Vasco, A. B. (2005). Creio num engenho que falta mais fecundo de harmonizar as partes dissonantes: Fundamentação para a integração em psicoterapia. *PsiLogos* 1 (2), 77-94.
  
- Vasco, A. B. & Conceição, N. (Julho, 2005). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Manuscrito não publicado*. Lisboa.
  
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: variedade e integração. In Vasco A. B. (Ed.) *Psychologica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
  
- Wampold, B.E. (2000). Outcomes of individual counseling and psychotherapy: Empirical evidence addressing two fundamental questions. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3<sup>rd</sup> ed., 711-739). New York: Wiley

- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E. & Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Warwar, S., & Greenberg, L.S. (2000). Advances in theories of Change and Counseling. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3<sup>rd</sup> ed., 711-739). New York: Wiley.
- Westen, D., Thompson-Brenner, H., & Novotny, C.M. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.